This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

533.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSARY, AUVARD, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE) R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAUDET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GARNIER, GIRAUDEAU, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, ŒTTINGER, OZENNE, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, REMY, J. RENAUT, RICHELOT, RICKLIN, SANTI (DE), SCHWARTZ SÉNAC-LAGRANGE, F. TERRIER, THOMAS, THORENS, A. TROUSSEAU, C. ZUBER.

AUG 3 1886

TREIZIÈME ANNÉE

TOME XXV

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1885

CATALOGUED.
E. H. B.
8/3/86.

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXV

ANATOMIE.

Névroglie, *Wittkowski*, 1. — Cœur, *Luchsinger;* embryon, *His*, 2; rein et corps de Wolff, *Renson, Baron, Spee, Valenti*, 3. — Rein, *Zuckerkandl*, 5.— Vaisseaux et lymphatiques, *Dogiel;* urètre, *Schüller*, 6. — Ovule, *Rindfleisch*, 7. — Ovaire, *Berte, Cuzzi;* utérus, *Schatz*, 8. — Petites lèvres, *Carrard*, 9. — Rectum, *Laimer*, 10. — Angle xyphoïdien, *Charpy;* moelle des os, *Arnold*, 11. — Glandes à venin de la vive, *Gressin;* foie des araignées, *Bertkau*, 12.

PHYSIOLOGIE.

Leçons, *Duval;* pression cérébrale, *Adamkiewicz*, 13. — Localisations cérébrales, *Luciani*, 16. — Centres de l'équilibre, *Luchsinger*, 17. — Hypnotisme, *Charcot, Richer;* cervelet, *Luciani*, 18. — Nerfs phréniques, *Anrep, Cybulski*, 19. — Circulation du cœur, *Novi;* influence des rayons colorés, *Gorbatzévitch*, 20. — Excitabilité de la rétine, *Exner;* innervation de l'iris, *Luchsinger;* respiration dans l'air condensé, *Suchorsky*, 21. — Circulation du fœtus et de la mère, *Cohnstein, Zuntz*, 22. — Sucre du sang, *Seegen*, 24. — Absorption de l'oxygène, *Lukjanow*, 25. — Variations de l'urée, *Darier*, 26. — Absorption des graisses, *Wiemer, Munk*, 27. — Rumination, *Luchsinger*, 28. — Innervation du pylore, *Oser;* menstruation, *Reinl*, 29; *Beneden*, 30.

CHIMIE MÉDICALE.

Aldéhydes, *Penzoldt, Fischer, Petri*, 33. — Albuminoïdes, *Heynsius*, 34. — Recherche de l'albumine, *Hindenlang, Fueser-Schnell*, 35. — Xanthine, *Gautier;* parasitisme, *Salomon*, 36. — Recherche du mercure, *Nega;* urine du porc, *Salomon*, 37. — Groupe hydroxile, *Stolnikow*, 38. — Acide mercapturique, *Baumann*, 40. — Scatol, *Fischer, German*, 41. — Cystine, *Baumann*, 42. — Ptomaïnes, *Brieger, Mans*, 43; *Lépine, Guérin, Zuco*, 44. — Acétone, *Hoppe-Seyler;* acide sulfovinique, *Brieger;* hémoglobine, *Hüfner, Külz*, 45. — Physostérine; *Paschkis;* lait, *Struve*, 46. — Glycogène, *Landwehr*, 47. — Jéquirity, *Hardy;* iodure, *Starcke*, 48.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sporozoaires, *Balbiani*, 48. — Préparation des schyzomycètes, *Gram*, 49. — Cellules géantes, *Krauss;* actinomycose, *Firket, Belfied, Israel, Perroncito, Virchow, Bricon, Longuet, Israel*, 50. — Cancer, *Nedopil*, 55. — Artérite, *Thoma*, 56. — Dégénérescence graisseuse, *Weyl, Apt;* porencéphalie, *Wittkowski*, 57.—Phénomène de Cheyne Stokes, *Tizzoni*, 59. — Tumeurs, *Pollosson;* tuberculose salivaire, *Finger*, 60. — Tuberculose de l'œsophage, *Weichselbaum*, 61. — Splénite, *Ehrlich;* lésions des capsules surrénales, *Mattei*, 62. — Tumeurs rénales, *Grawitz*, 63. — Myxome mammaire, *Jüngst*, 64.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Maladies virulentes, charbon, fièvre puerpérale, *Mott, Horsley, Sabourin, Lebedeff, Falk, Wernich, Heyden*, 65; *Metchnikoff, Wassilief*, 69; *Gunning*, 72; *Buchner, Kohler, Semmer, Rappach, Koch, Perroncito, Carita, Griffini, Chambrelent, Moussous*, 73, *Semmer, Rosenberger, Beltzow*, 78; *Karewski*, 80; *Barthélemy, Cornil, Berlioz, Wolff, Pasteur, Thuillier*

Klein, 82; *Nepveu*, 85. — Organismes des selles, *Nothnagel*, 85; *Bienstock*, 87. — Pneumococcus, *Klein;* endocardite, *Grancher*, 88. — Fièvre, *Wertheim;* tissus implantés dans l'organisme, *Zahn*, 89. — Réaction de l'urine, *Quincke*, 90. — Myélite, *Ehrlich*, *Brieger;* peptonurie, *Jaksch*, *Maixner*, 91. — Hémoglobinurie, *Afanassiew;* anthracosis, *Weigert*, 93.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Absorption cutanée, *Lewin*, *Günther*, 95. — Influence des alcalins sur la bile, *Lewaschew;* résorcine, *Maragliano;* pilocarpine, *Hammerbacher*, 96. — Quinine, *Prior;* acide santonique, *Luchsinger*, 97. — Hydrastine, *Slavatinski;* digitaline, *Kaufmann*, 98. — Atropine, *Schapiro;* convallarine, *Leubuscher;* oxygène, *Filipow*, 99. — Alcools éthylique et butylique, *Kulz*, 100. — Iode méthyle, *Schwerin;* aloès, *Kohn*, 101. — Arsenic, *Ewald;* bichromate de potasse, *Dumoutiers*, 102. — Venin des serpents, *Urueta*, *Fayrer*, *Long*, 103; *Mitchell*, *Reichert*, *Carpentier*, *Joyeux-Laffiner*, 105; *Aron*, 109. — Empoisonnements : par le charbon, *Leudet;* par la nitro-benzine, *Werner*, 110; par la santonine, *Dunoyer*, 111.

THÉRAPEUTIQUE.

Eaux minérales, *Rochard*, 112; *Brongniart*, *Debout*, *Durand-Fardel*, 118; *Dejeanne*, *Emond*, *Tillot*, 114. — Cocaïne, *Koller*, *Vulpian*, *Laborde*, *Grasset*, *Vacher*, *Freud*, *Howe*, 116; *Agnew*, *Meyer*, *Dor*, *Panas*, *Bradford*, *Williams*, *Little*, *Shakespeare*, *Trousseau*, *Grandclément*, *Terrier*, *Clark*, *Hartridge*, *Bader*, *Coursserant*, *Katzsouroff*, *Renton*, 120; *Hortsmann*, *Gayet*, *Jelinck*, *Cohen*, *Semon*, *James*, *Fauvel*, *Moure*, *Baratoux*, *Knapp*, *Roosa*, *Claiborne*, *Fraenkel*, *Mivart*, *Levis*, *Carmalt*, 123. — Traitement antipyrétique, *Sassetzky*, 130. — Kairine, *Maragliano*, 131; *Fähnrich*, *Troussievitch*, *Drély*, 132. — Hydrastis, *Schatz;* agaricine, *Seifert*, 133. — Alun dans la fièvre intermittente, *Shidlowsky*, *Lawinsky*, *Soltykoff*, *Grigoniff*, *Ignatieff*, *Petroff*, *Kolschewsky*, 134. — Acide trichloro-acétique, *Filipovitch;* salicylate, *Finkellstein*, 134. — Bromure dans la méningite, *Rapisarda;* alcalins dans la toux, *Rossbach*, *Aschenbrandt*, 135.— Diète lactée, *Hoffmann*, 136. — Congélation pour les névralgies, *Debove*, *Santelli;* électricité, *Stiépanow*, 137.— Traitement de la chorée, *Dana;* goitre, *Thiroux;* tænia, *Persh*, 138.

HYGIÈNE.

Comité consultatif, 139. — Ivresse, *Tweedy*, *Berthelot*, *Foville*, 140. — Acide carbonique de l'air, *Bertin-Sans*, 141. — Eau des puits, *Garnier;* lathyrisme, *Bourlier*, *Proust*, *Bouley*, *Leroy de Méricourt*, *Gorgieri*, *Marie*, *Astier*, 142. — Ouvriers des usines de chrome, *Gay;* boîtes étamées, *Ungar*, *Bodländer*, 146. — Saturnisme, *Schüler*, *Braun*, *Brouardel*, *Schutzenberger*, *Boutmy*, *Coutand*, *Stevenson*, *Hamon*, *Masse*, 147. — Salicylage, *Dubrisay*, *Brouardel*, *Carles*, *Blarez*, *Villaret*, 151. — Lait, *Pfeiffer*, *Demme*, *Féry*, 153. — Trichinose, *Brouardel*, *Grancher*, 157. — Champignons, *Planchon*, 159.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Traité, *Hallopeau*, 160. — Pneumonie, *Wagner*, *Falkenheim*, *Silvestrini*, *Hutinel*, *Proust*, *Litten*, *Bozzolo*, *Marchiafava*, *Tripier*, *Garel*, 161. — Pneumothorax, *Riegel*, *Stephanides*, *Weill*, *Variot*, *Seifert*, 167. — Phénomène de Cheyne Stokes, *Murri*, 172. — Maladies du système nerveux, *Poore*, *Adamkiewicz*, *de Beurmann*, *Ballet*, *Joffroy*, *Nixon*, *Ross*, 173; *Leudet*, 176; *Pierson*, *Bœck*, *Strümpell*, *Müller*, *Vierordt*, *Guttman*, *Erb*, *Eisenlohr*, *Fergusson*, 177; *Wesphal*, *Antonini*, *Rumpf*, *Hunnius*, *Auerbach*, *Ross*, 185; *Vanlair*, 190; *Gaube*, *Marie*, *Walton*, *Bristowe*, *Dubrueil*, *Gairdner*, *Smith*, 192; *Ferrier*, *Hammond*, *Kollmann*, *Ewald* *Warner*,

Hedden, *Ormerod*, *Dumolard*, *Rabiolis*, *Féré*, *Tschirieff*, *Sowiettoff*, *Kokalewski*, *Pitre*, 194; *Mitchell*, *Hedden*, 201.
Diabète, *Ord*, *Külz*, *Minkowski*, *Penzoldt*, *Pary*, *Dreyfous*, *Escudié*, *Bouchard*, *Schevplein*, *Cornillon*, *Kaposi*, *Ferraro*, *Hanot*, *Chauffard*, *Rangé*, *Deffey*, *Hofmeier*, *Viger*, *Heusinger*, *Weil*, 202; *Cornillon*, *Frerichs*, *Senator*, *Litten*, *Penzoldt*, *de Gennes*, *Laboulbène*, *Masoin*, *Bozzolo*, *Giovanni*, *Teissier*, *Wiles*, 212; *Paschutin*, 217. — Spasme veineux, *Weiss*, 218. — Septicémie, *Lépine*, *Mollière*, 219. — Vaccin, *Mossé*, 220.

GYNÉCOLOGIE.

Traité, *de Sinéty*; involution utérine, *Simpson*, 221. — Dysménorrhée, *Solowieff*, 222. — Aménorrhée, *Lwoff*; endométrite, *Kubassow*, 223. — Hématocèle, *Zweiffel*, 225. — Cautérisation utérine, *Prochownich*; sonde utérine, *Budin*, 226. — Ulcère du vagin, *Zahn*, 227. — Myomes utérins, *Kleinvächter*, *Lomen*, *Wiedow*, *Tauffer*, *Krukenberg*, 227; *Juergens*, *Becker*, *Benicke*, *Martin*, *Ruge*, *Langenbuch*, *Gusserow*, *Kottmann*, *Mandach*, *Leopold*, *Schrœder*, *Lomen*, *Wildt*, *Rose*, *Rabenau*, *Graefe*, *Conrad*, 231; *Stadtfeldt*, 238. — Inversion utérine, *Werth*; perforation utérine, *Schwarz*, 239.

OBSTÉTRIQUE.

Hyperthermie chez les femelles en gestation, *Doléris*, *Doré*; tuberculose et grossesse, *Fissinger*, 240. — Accouchement des primipares âgées, *Steinmann*, 241. — Excavation pelvienne, *Boissard*; poche des eaux, *Dutheil*, 242. — Inversion, *Murray*; spondylolisthésis, *Neugebauer*, 243; *Swedelin*, 244. — Couvaison, *Auvard*, 245. — Délivrance, *Lampe*; urine dans la grossesse, *Grammatikati*, 246. — Avortements, *Schwarz*, 247. — Kystes du bassin, *Porak*, 248. — Crâniocaste, *Auvard*, 249. — Fièvre puerpérale, *Chabert*; opération césarienne, *Porak*, 250. — Pansement du cordon, *Credé*, *Weber*, 251.

DERMATOLOGIE.

Lymphangite, *Favrol*; erythème, *Brieger*, 252; *Geneix*; sueurs colorées, *Balzer*, *Barthélemy*, 253. — Purpura, *Leloir*, 254; *Morel-Lavallée*; pemphigus, *Riehl*, 255; *Franceschi*, 256. — Toxicodermie, *Molènes*, *Lermoyez*, 256. — Onyxis, *Rigaud*; lupus, *Schwimmer*, *Morison*, 257; *Franchy*; eczémas, *Auspitz*, 258. — Lèpre, *Campana*, *Thin*; tricorrexie, *Eichhorst*, *Ducrohet*, 259. — Teigne tondante, *Monique*; acide chrysophanique, *Stocquart*, 260.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Syphilis des animaux, *Martineau*, *Petrone*, 261. — Syphilis héréditaire, *Dubousquet*, *Gaucher*, *Jurasz*; névralgies syphilitiques, *Seeligmüller*, 262. — Myélite, *Petithan*; syphilis pulmonaire, *Hiller*, 263. — Lymphangite syphilitique, *Sallé*; syphilis de l'oreille, *Bruncher*; syphilis du foie, *Barthélemy*, 264. — Entérite syphilitique, *Mracek*, 265. — Arthrite syphilitique, *Landerer*, 266. — Fractures syphilitiques, *Gellé*; gommes de la peau, *Balzer*, 267. — Traitement de la syphilis, *Jullien*, *Petersen*, *Glasounoff*, 268. — Blennorragie, *Welander*, *Amicis*, *Jamin*, 269; *Leprévost*, *Loukachevitch*, *Chameron*; 271.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Alcoolisme, *Fischer*, 272; *Dujardin-Beaumetz*, 273; *Mœli*, *Baker*, 274. — Épilepsie, *Unverricht*, 275; *Jolly*, *Kuhn*, 277; *Ormerod*, *Beevor*, 278; *Beevor*, 279. — Œil des aliénés, *Wigleworth*, *Bickerton*, *Mœli*, 280. — Démence syphilitique, *Obersteiner*; folie à double forme, *Ritti*, 282. — Paralysies par suggestion, *Richer*, *Gilles*; myriachit, *Hammond*, 283.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Leçons, *Lefebvre, Debaisieux*, 284. — Transfusion, *Hayem, Grenet, Silva, Ott, Oh, Maydl, Bergmann, Sanquirico, Bouveret, Heyder, Hacker, Dieulafoy, Paladini*, 285. — Lésions des artères, *Wahl, Stetter*, 292 ; *Riegner, Packard*, 293 ; *Tiffany*, 294 ; *Cannizaro*, 295. — Extirpation et ponction du poumon, *Gluck, Block, Mosler, Krœnlein, Cayley, Gould, Biss, Fenger, Lauenstein, Teale, Finny, Drinkwater*, 296 ; *Rohden*, 300. — Fistule salivaire, *Kauffmann*, 300. — Angiome, *Bertin* ; grenouillette, *Sonnenburg*, 301. — Autoplastie, *Küster*, 302. — Kystes mammaires, *Reclus*, 304. — Gastrostomie, *Gussenbauer* ; hydrocèle, *Julliard, Mehling* ; lithotomie, *Anderson*, 305. — Fractures, *Hamilton* fracture du rachis, *Mauwen*, 306. — Luxation, *Boinet* ; luxation d'un nerf, *Lange* ; ostéoclasie, *mazzuchelli*, 307.

OPHTALMOLOGIE.

Astigmatisme, *Zehender, Matthiessen* 308 ; *Martin* ; myopie, *Becker, Rivolot*, 309. — Ophtalmie rhumatismale, *Parinaud* ; vertige oculaire, *Cuignet* ; sclérite, *Campart*, 310. — Kératite, *Meyerhöfer, Leleu*, 311. — Ophtalmie granuleuse, *Voukchewig, Connen, Denis* ; jéquirity, *Brunschwig, Widmark, Klein, Foucher, Neisser, Prouff*, 312. — Conjonctivite, *Dujardin, Dehenne, Lagrange*, 314. — Cataracte, *Gotti, Meyerhöfer* ; amaurose urémique, *Friedenwald* ; rétinite, *Ewetzki*, 315. — Ophtalmie sympathique, *Abadie* ; microphtalmie, *Meyerhausen*, 316. — Antiseptiques, *Sattler*, 317. — Iodoforme, *Alker*, 318.

MALADIES DES OREILLES.

Amygdalite, *Bosworth*, 318 ; *Hack*, 319 ; *Pitts*, 320. — Perforation palatine, *Wolff, Frænkel* ; spasme lingual, *Thomas*, 321. — Polype de la luette, *Dartignolles* ; rétrécissements pharyngés, *Lublinski, Pauly*, 322 ; *Heyman, Frænkel*, 324. — Mycose pharyngée, *Hering* ; pharynx des sourds-muets, *Ott* ; épistaxis ; *Voltolini* ; rhinosclérome, *Cornil*, 325. — Rhinoplastie, *Mikulicz*, 326. — Asthme nasal, *Mackenzie*, 327 ; *Meyerson, Schnitzler*, 328. — Sinus maxillaire, *Goodwillie, Hill, Godlee*, 329. — Ulcères du nez, *Mackenzie, Hutchinson* ; rhinolithes, *Schmiegelow*, 330 ; *Ingals* ; déviation de la cloison, *Jurasz, Petersen*, 331. — Laryngoscopie, *Ariza* ; ganglions laryngiens, *Gouguenheim, Piquechef*, 332. — Laryngites typhiques, *Lüning*, 333. — Trachéotomie, *Bœckel, Thiébaut*, 334 ; *Lefferts* ; laryngite hémorragique, *Stepanow* ; corps étrangers, *Beach, Oliver*, 335 ; *Wyeth, M'Coy* ; larynx des lépreux, *Thin*, 336. — Phtisie laryngée, *Dignat* ; syphilis laryngée, *Charazac* ; paralysie du larynx, *Kurz*, 337. — Résorcine dans les laryngites, *Andeer* ; extirpation du larynx, *Hahn*, 338 ; *Holmes*, 339. — Sourds-muets, hallucination de l'ouïe, *Sexton*, 339. — Troubles mentaux et affections des oreilles, *Weber Liel, Fürstner* 340. — Otite et néphrite, *Burnett* ; influence de l'otite sur la respiration, *MacDougall* ; complications cérébrales des otites, *Andrews*, 342. — Otite desquamative, *Knapp* ; cicatrice tympanique, *Blake, Buck*, 343.

REVUES GÉNÉRALES.

Antipyrine, *Ricklin*, 344. — Tuberculose chirurgicale, *Nélaton*, 350.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 366.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXV

ANATOMIE.

Embryon, *Duval*, 401. — Dents, *Pouchet, Chabry*, 402. — Artères et veines, *Robin, Retterer*, 403. — Sang, *Afanassiew*, 404. — Tissu conjonctif, *Spina*; tissu adipeux, *Schœbl*, 405. — Nerfs des muscles, *Forgue, Lannegrâce*; nerfs de la peau, *Hoggan*, 406. — Carpe, *Leboucq*, 407. — Anomalies musculaires, *Testut*, 408. — Pigment du cheveu, *Riehl*; muqueuse de l'estomac, *Trinkler*, 410. — Cordon spermatique, *Pellacani*; utérus, *Legay*, 411. — Corps jaune, *Benckiser*, 412. — Rectum, *Laimer*, 413. — Osselets, *Eitelberg*, 414.

PHYSIOLOGIE.

Cerveau, *de Varigny*, 415. — Hémoglobine, *Hayem*; répartition du sang, *Spehl*, 416. — Centres moteurs, *Mills*; pulsations du cœur, *Tarchanoff*, 418. — Tension artérielle, *Albert*; sensation olfactive, *Aronsohn*, 421. — Accommodation, *Prompt*, 422. — Température, *Maurel*; absorption d'oxygène, *Lukjanow, Kempner, Saint-Martin, Fredericq*, 423. — Propriété électro-motrice de l'œuf, *Hermann, Gendre*; assimilation chez le fœtus, *Wiener*, 425. — Urée, *Quinquaud*; maltose, *Dastre, Bourquelot*; asparagine, *Munk*, 426. — Résorption de la graisse, *Zawarykin, Schæfer, Wiemer*, 427. — Nerfs du rectum, *Fellner*, 428. — Spermatogenèse, *Swaen, Masquelin*, 429. — Rigidité cadavérique, *Gendre*; sommeil hivernal, *Bongers, Delsaux*, 430.

CHIMIE MÉDICALE.

Peptonisation, *Chandelon*, 432. — Acide skatolcarbonique, *Salkowski*, 433. — Histone, *Kossel*; savons du sang, *Hoppe Seyler*, 434. — Cornéine, *Krukenberg*, 435. — Principes biliaires, *Bufalini*; urée et cancer, *Robin*; urobilinurie, *Dick*, 436. — Sucre du diabète, *Müller*, 437. — Réaction de l'urine, *Petri*; morphine dans l'urine, *Notta*; matières grasses de l'urine, *Monvenoux*, 438. — Acide trichloracétique, *Hermann*; ptomaines, *Coppola*, 439.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Malformations, monstruosités : *Holl, Herberg, Kuchenmeister, Witzel, Morgan, Küster, Meyer, Mekerttschiantz, Rivet, Holl, Marchand, Henoch, Taylor, Finkelstein, Wehenkel, Biaudet, Bugnion, Bornemann*, 440; *Lannelongue, Warynski, Fol*, 446; *Pozzi*, 447. — Névrite, *Lominski*, 447. — Névrite, *Arnozan, Boursier*, 449. — Leucocytes, *Lavdowsky*, 450. — Epithélioma de la volaille, *Csokor*, 451. — Corps étrangers du genou, *Nepveu, Johannidès*; adénome du rein, *Weichselbaum, Greenish*, 452. — Tissu osseux, *Charpy*, 453.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Acide carbonique, *Brown Séquard*, *Bert*, 454. — Dyspnée thermique, *Richet*; lésions du cerveau, *Pitres*, 455. — Transsudation, *Runeberg*, 456. — Microbe de la rougeole, *Braidwood*, *Vacher*, 457. — Extirpation du corps thyroïde, *Zesas*, *Tauber*, 458; *Sanquirico*; *Canalis*, 459. — Extirpation du poumon, *Biondi*, 459. — Splénotomie, *Tizzoni*; régénération du foie, *Corona*; ictère, *Quincke*, 460. — Acétonémie, *Albertoni*, 461. — Capsules surrénales, *Tizzoni*; septicémie puerpérale, *Arloing*, 462; *Lomer*, 463. — Action du phosphore sur le fœtus, *Miura*, 464.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Camphre, *Pellacani*, 465. — Seigle ergoté, *Kobert*, 466. — Manganèse, *Cahn*; hydrogène sulfuré, *Smirnow*, 468. — Ammonium, *Glause*, *Luchsinger*; bromoforme, *Horoch*, 469. — Nitrite d'amyle, *Rosenthal*, 470. — Paraldéhyde, *Noorden*, *Kurz*; alcalis et sécrétions biliaires, *Lewaschew*, 471. — Chloroforme, *Regnauld*; hellebore, *Courtin*; colchicine, *Paschkis*, 472. — Convallaria, *Beyer*, *Reboul*, 473. — Naphtalin, *Testa*; absorption par la peau, *Juhl*, 474. — Empoisonnements : par la cantharide, *Lautré*, *Langowoi*; par le phosphore, *Starck*, 475.

THÉRAPEUTIQUE.

Cocaïne, *Laborde*, *Richet*, *Charpentier*, *Regnard*, *Dubois*, *Bert*, *Grasset*, *Biggs*, *Knapp*, *Dacosta*, *Dujardin-Beaumetz*, *Randolph*, *Dixon*, *Weiss*, *Lean*, *Labbée*, 476; *Schweigger*, *Turnbull*, *Cocks*, *Dabney*, *Dehenne*, *Popoff*, *Rouquette*, *Lefferts*, *Kelly*, *Sajous*, *Zaufal*, *Kahler*, *Hooper*, *Forrest*, *Dujardin-Beaumetz*, *Lejard*, *Cazin*, *Holz*, *Herrgott*, *Doléris*, *Blumenfeld*, *Eberle*, 480; *Sprimont*, *Katzaouroff*, *Zachariewski*, *Anrep*, 485.
Traitement du choléra : *Maragliano*, *Hayem*, *Bouveret*, *Cantani*, *Semmola*, *Netter*, *Cunéo*, *Comucci*, *Peyrusson*, *Desprez*, *Delthil*, *Treichler*, *Duboué*, *Eloy*, 486. — Kairine, *Schultz*, 492; *Peiper*, 493. — Résorcine, *Bogouche*, 493. — Kola, *Monnet*; piscidia, *Legoy*, 494. — Apomorphine dans les névroses, *Laurencin*, *Weill*; bains électriques, *Lehr*, *Eulenburg*, 495; *Lauret*, 467. — Quinine dans la fièvre typhoïde, *Pécholier*, 497. — Phosphore dans le rachitisme, *Kassowitz*; acide borique, *Rosenthal*, 498.

HYGIÈNE.

Falsifications, *Pabst*, *Mégnin*, *Stuart*, *Girard*, *Blyth*, *Johnson*, 499. — Empoisonnement par les viandes et conserves : *Flinzer*, *Wyss*, *Nieriker*, *Ruysch*, *Ballard*, *Tidy*, *Darnet*, *Andeer*, *Roth*, *Cohn*, *Schreiber*, *Berthe-rand*, *Turle*, 501; *Benson*, 508; *Maas*, 509. — Lait, *Willoughby*, *Girard*, *Baron*, *Buck*, *Blyth*, 509. — Trichinose, *Sury-Bienz*, *Eulenberg*, *Rupprecht*, *Bouley*, *Chatin*, 513. — Eau et typhus, *Port*, 517.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Ferrier*, *Mac Leod*, *Rosenthal*, *Ross*, *Donkin*, *Rondot*, *Fournier*, *Hamilton*, *Ballet*, *Prévost*, *Starr*, *Wiglesworth*, *Dreschfeld*, *Sharkey*, *Mannkopf*, *Bouveret*, *Eparvier*, 518; *Hobson*, *Ferrier*,

Shaw, Jackson, King, Bruce, Bristowe, Mitchell, Beck, Potter, Hadden, Baxter, 529; *Friedreich, Fürbringer, Lindsay, Hopkins, Nixon, Collyns, Bennett, Donkin, Coxwell, Mackenzie, Sharkey, Edmund, Bernhardt, Babinski, Marie, Tooth, Giraudeau, Fürstner, Zacher, Schultze, Greiff, Vierordt, Kahler, Dufourt*, 536; *Wernicke, Westphal, Oppenheim, Berger, Lecoq, Vulpian, Bernhardt, Raymond, Artaud, Landouzy, Déjerine, Veillau, Roger, Pitres, Schmeichler, Buzzard, Marie, Walton*, 552; *Althaus, Drummond, Zenner, Gaucher, Duflocq, Lucas, Williams, Raveu, Krönig, Charcot, Féré, Portalier, Delay, Prioleau, Doumecq-Turen, Ollivier, Ballet, Rossolymmo*, 561; *Raymond, Artaud, Pitres, Mendelsohn, Donath, Déjerine, Sakaty, Page, Lissauer, Strümpell, Rumpf, Adamkiewicz, Krauss*, 566; *Dignat, Löwenfeld, Ranney, Schreider, Mackenzie, Bidon, Ferrier, Weiss*, 574; *Erb*, 578; *Hirt*, 580; *Pitres, Vaillard, Starr*, 581; *Wolff*, 582.

Choléra, *Koch, Finkler, Prior, Straus, Roux, Nocard, Thuillier, Lewis, Waters, Livon, Nicati, Rietsch, Babès, Doyen, Ermengen, Emmerich, Flugge, Deneke, Pouchet, Bochefontaine*, 583; *Proust, Pettenkofer, Ardouin-bey, Wildt, Fauvel, Vallin, Pasteur, Drasche, Bouchardat, Grancher, Rivière, Josias, Wakefield*, 595.

Helminthes. *Thomas, Bostroem, Pfihl, Baelz, Manson, Lyle, Harley, Zancarol, Wortabet*, 601; *Rathery, Sevestre, Guermonprez, Sinclair, Hock, Mègnin, Tenneson, Duguet, Parona, Marx, Picqué*, 606; *Bunge, Mosler, Drasche, Piatnilzki, Dolgenkoff, Vichnevski, Weiche, Lichtenstein, Deininger, M'Connell, Perroncito, Sahli, Menche, Graziadei, Fabre, Monti, Golgi, Luz, Fol, Abblart, Faulkner, Mackenzie, Manson, Wortabet, Vœlkel, Tosato, Laboulbène*, 608, 609.

Goutte, *Lecorché, Duckworth, Rendu, Tartenson*, 617; *Dutil*, 619. — Oxalurie, *de Renzi, Penta;* hémoglobinurie, *Rodet;* acétonurie, *Jaksch*, 620. — Vaccin, *Chambard, Quist*, 621.

GYNÉCOLOGIE.

Traités, *Hegar, Kaltenbach*, 623; *Schultze*, 624. — Flexions, *Bandl;* prolapsus, *Reid, Elder*, 623. — Elytrorraphie, *Sokoloff*, 627. — Périnéorraphie, *Trélat;* raclage, *Düvelius*, 628. — Hématocèle, *Düvelius;* métrorragie, *Richardson*, 629. — Fistules vaginales, *Bröse*, 630. — Ovariotomie, *Fehling, Hegar, Tait, Smith, Landau, Remak, Pozzi*, 630. — Fibromes utérins, *Kaltenbach, Fraipont, Stimson, Villeneuve, Pozzi, Diesteweg, Fry, Carlet, Serre*, 633. — Hystérotomie pour cancer, *Schatz, Zweifel, Tauffer, Bœckel, Demons, Doche, Sauve, Mason, Wills, Hofmeier*, 639.

OBSTÉTRIQUE.

Segment utérin, *Lahs;* petites lèvres, *Budin*, 646. — Grossesse et cœur, *Bourgougnon*, 647. — Bassin infantile, *Turquet;* accouchement des primipares âgées, *Courtade*, 648. — Lochies, *Eustache, Doléris;* insertion du cordon, *Bessière*, 649. — Albuminurie, *Doléris;* utérus bifide et grossesse, *Ruge*, 650. — Entrée de l'air dans les veines, *Braun*, 651. — Rupture du vagin, *Hart*, 652. — Forceps, *Loviot, Chassagny, Poullet, Tarnier, Duchamp*, 653; *Homer*, 655. — Lithopédion, *Sarraute*, 655. — Iodoforme, *Amblard;* sulfate de cuivre, *Charpentier*, 656.

MALADIES DES ENFANTS.

Pieds des nouveau-nés, *Gönner;* encéphalite, *Strümpell*, 657. — Encéphatocèle, *Horsley*, 658. — Méningite, *Medin;* sclérose, *Marie, Moncorvo*, 659. — Hystérie, *Riegel;* terreurs nocturnes, *Moizard, Silbermann*, 660. —

Psychoses, *Leidesdorf*, 661. — Bronchite, *Comby*; coqueluche, *Burger*, 662. — Pleurésie, *Saint-Germain*, *Moizard*, *Blaches*, *Branthomme*, *Thinier*, 663. — Fièvres éruptives, *Henoch*, *Croskery*, *Dieulafoy*, *Savage*, *Prior*, *Cameron*, *Wolberg*, *Badan*, *Quincke*, *Friedländer*, *Hutchinson*, *Napier*, *Dauchez*, *Blacke*, 664. — Respiration de Cheyne Stokes, *O'Connell*; diarrhée, *Ischernow*; cancer stomacal, *Moore*, 670. — Leucocythémie, *Wadham*; purpura, *Guelliot*, 671. — Diabète, *Hagenbach*, *Lunin*; ulcères, *Atkinson*, 672. — Beriberi, *Nicolas*; tuberculose rénale, *Canac*, 673. — Incontinence d'urine, *Adams*; kyste vulvaire, *Bastelberger*, 674. — Laparotomie, *Wagner*, 675. — Onctions grasses, *Nasser*, 676.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Syphilis des animaux, *Proksch*; syphilis héréditaire, *Lomer*, 677. — Réinfection, *Neumann*; syphilis cérébrale, *Ziehl*, 678. — Syphilis pulmonaire, *Ferguson*; myosite syphilitique, *Neumann*, 679. — Syphilis intestinale, *Kundrat*; syphilis de l'œsophage, *Lublinski*, *Lewin*, 680. — Syphilis des os, *Gangolphe*, 681. — Syphilis articulaire, *Ziehl*; chancre, *Zwetitch*; pemphigus, *Ziehl*, 682. — Syphilis équine, *Laquerrière*, 683. — Chancre mou, *Straus*, *Horteloup*, *Kosmorski*, *Hebra*, 684. — Urétrite, *Eraud*, 685.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Circonvolutions des aliénés, *Poggi*, 686. — Sclérose cérébrale, *Pozzi*; échanges nutritifs, *Mairet*; paralysie générale, *Mendel*, 687; *Wiglesworth*, 689. — Troubles de la parole, *Kussmaul*, 690. — Sitiophobie, *Sutherland*, 691. — Obsessions, *Luys*; vision mentale, *Crouigneau*; pellagre, *Tonnini*, 692. — Alcoolisme, *Dreschfeld*; épilepsie, *Mosso*, 693. — Chorée, *Vassitch*, 694.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Fractures du crâne, trépan, *Bowen*, *Parsons*, *Lionet*, *Obalinski*, *Barber*, *Fenger*, *Lee*, *Messerer*, *Walsham*, *Winiwarter*, 694. — Fractures du rachis, *Jordison*, *Küsler*, *Holmes*, 700. — Décollement épiphysaire, *Delens*, 702. — Luxations, *Bottey*, *Verneuil*, 703; *Güterbock*; doigt à ressort, *Marcano*, *Charpentier*, 704. — Luxations, *Chavasse*, *White*, 705. — Tumeur sternale, *Küster*, 706. — Anévrismes, *Després*, *Berger*, *Polaillon*, *Kirmisson*, *Perrin*, *Trélat*, *Cras*, 707; *Guillemin*, *Delore*, 710. — Angiome, *Berthod*; kyste sanguin, *Cramer*, 711; *Wolff*, 712; ulcération des artères, *Terrillon*, *Gillette*, 712. — Adénite, *Poulet*, *Chauvel*, 713. — Pleurésie purulente, *Moutard-Martin*, *Hobson*, *Estländer*, *Fraenkel*, *Duboué*, *Fenger*, *Poncet*, *Parker*, *Ingals*, *Edison*, *Cabot*, *Fraentzel*, *Bouilly*, *Berger*, *Monod*, *Ehrmann*, *Saltzmann*, 714; *Debove*, *Hache*, *Guinard*, *Féréol*, *Puky*, *Courvoisier*, *Sprengel*, 722. — Goitre, *Smith*, *Burckhardt*, *Baumgärtner*, *Bruns*, *Barth*, 727; *Schmidt*, 731. — Fistules parotidiennes, *Vieusse*, *Mollière*; kystes maxillaires, *Aguilhon*, 732. — Torticolis, *Petersen*; loupes, *Lermoyez*, 733. — Greffe cancéreuse, *Kraske*, 734. — Amputation, *Küster*, *Kirmisson*; splénotomie, *Credé*, 735.

OPHTALMOLOGIE.

Vision des couleurs, *Charpentier;* affections des voies lacrymales, *Bock*, 736; *Parinaud*, 737. — Goutte de l'œil, *Hutchinson*, 737. — Anévrisme orbitaire, *Lloyd;* strabisme, *Hock*, 738. — Ténonite, *Puichagut*, *Landesberg*, *Gayet*, 739. — Conjonctivites, *Lagrange*, 740; *Goldzieher*, *Steffan*, 741. — Iritis, *Lagrange*, *Alexander*, 742; *Schäfer;* cataracte, *Duyse*, *Baas;* glaucome, *Landesberg*, 743. — Rétinite, *Artigalas;* scotome scintillant, *Schrœder*, 744. — Glaucome, *Sachs;* amaurose, *Stood*, 745.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Matériel d'ambulance, *Port*, *Cubasch*, 746. — Armée russe, *Petersen*, 748. — Boissons, *Schmulewitsch;* périostite, *Laub;* insolation, *Fayrer;* hygiène en campagne, *Michaelis*, 750. — Armée d'Algérie, *Maillot*, 751. — Plaies par explosifs, *Pozzi*, 752. — Maladies simulées, *Fillenbaum*, 753. — Coup de chaleur des chambres de chauffe, *Moursou;* chaussure, *Lindau*, 754. — Poudres de viande, *Hassler*, 755.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 756.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN. AUG 3 1886

ANATOMIE.

Ueber die Neuroglia (De la névroglie), par L. WITKOWSKI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Band XIV, Heft* 1, *p.* 155).

Les recherches de Kühne et O. Ewald ont démontré que la trame interstitielle des centres nerveux oppose une grande résistance à l'action dissolvante des agents chimiques et en particulier des sucs digestifs. Ce fait est aujourd'hui bien établi. Toutefois Witkowski a pu se convaincre que le système nerveux central embryonnaire n'est pas doué de cette même résistance. Des coupes fines de cerveaux et de moelles provenant d'embryons de mammifères (homme, chien, veau, lapin) se désorganisent quand on les met en suspension dans du suc gastrique et finissent par s'y dissoudre en apparence, sans laisser de traces. Il faut filtrer le liquide pour pouvoir déceler, dans le résidu de la filtration, des débris de cellules et leurs noyaux, lesquels renferment un grand nombre de granulations brillantes, preuve de leurs richesse en nucléine. Bref la trame de soutènement des centres nerveux de l'embryon se dissout totalement dans le suc gastrique.

Witkowski s'est préoccupé de savoir jusqu'à quelle époque du développement embryonnaire persiste cette solubilité. Il a constaté que celle-ci est dans un rapport inverse avec la formation de la myéline; tant que les gaines de myéline manquent, la trame interstitielle est entièrement soluble; quand la myéline n'existe encore qu'en petite quantité autour des fibres nerveuses, la trame interstitielle ne se dissout plus que partiellement; elle ne se dissout plus du tout, une fois que les gaines de myéline ont atteint leur développement complet. Il importe de savoir que l'acide chromique et les sels qui en dérivent suppriment la solubilité de la substance interstitielle des centres nerveux embryonnaires, sans doute en vertu d'une modification chimique imprimée aux corps albuminoïdes qui entrent dans la constitution de cette trame. Pour vérifier les faits avancés par Witkowski, il est donc nécessaire d'opérer sur des préparations durcies dans l'alcool.

De ces faits, l'auteur croit pouvoir conclure à des rapports histogéné-

tiques très étroits entre la substance médullaire des centres nerveux et la trame de soutènement, ce qu'on est convenu d'appeler la névroglie.

Si tant est qu'on veuille maintenir cette dénomination de *névroglie* on ne saurait plus parler de « prolifération de la névroglie » dans les cas où on a coutume d'employer ces termes. Ce qui prolifère dans les centres nerveux, c'est de la substance connective vraie, qui s'organise finalement en tissu conjonctif. Et alors la *trame nerveuse* de soutènement disparaît pour faire place à la néoformation conjonctive. Suivant que la prolifération conjonctive ou la disparition de la trame nerveuse sera le premier phénomène en date, on aura affaire à une sclérose primitive ou à une dégénérescence primitive.

Bien entendu, Witkowski ne met pas en doute la présence du tissu conjonctif dans les centres nerveux. Le tissu se rencontre partout où existent des vaisseaux. De plus les prolongements que la pie-mère envoie dans le cerveau, les petites travées qu'on rencontre dans la moelle, les cellules en forme d'araignées et les cellules plates, enfin une partie des granulations considérées par Henle et Merkel comme des cellules migratrices, se rattachent au système connectif. E. RICKLIN.

Zur Architectur der Semilunarklappen (Structure des valvules semi-lunaires), par B. LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 291).

Les valvules semi-lunaires de l'aorte et de l'artère pulmonaire présentent à leur surface un dessin des plus élégants, formé de lignes concentriques parallèles au bord libre des valvules. Chacune de ces stries correspond à un épaississement local du tissu de la valvule. Elles servent sans aucun doute à augmenter la solidité des valvules et à assurer leur fermeture exacte.

Voici comment il convient d'opérer pour observer ce détail de structure qui jusqu'ici avait passé inaperçu. On lie une canule de verre dans l'aorte ou l'artère pulmonaire d'un lapin ou d'un chat. On fixe la canule verticalement, le cœur en haut, puis on enlève par fragments le tissu du ventricule de manière à mettre les valvules à nu et à les rendre bien accessibles à la vue. On relie la canule à un appareil à pression de manière à provoquer l'occlusion des valvules. Si l'éclairage est suffisant, on voit apparaître le dessin en question à la surface tendue des valvules.

L. F.

Mittheilungen aus der menschlichen Entwicklungsgeschichte, par HIS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 4, 15 février 1882*).

Les embryons humains de 3 à 4 semaines sont tous fortement incurvés en avant par leurs deux extrémités, céphalique et pelvienne. A une époque antérieure du développement, les embryons sont étendus tout droit de façon même à présenter une concavité dorsale. La courbure du corps en avant se produit quand les embryons ont à peu près 3 millimètres de long, mais il est impossible de fixer plus exactement l'époque où ce changement d'attitude survient.

En tout cas, quelle que soit sa direction, la courbure de l'embryon

dépend de ce que la ligne d'insertion de l'amnios à son corps est plus courte que lui.

A l'origine, alors que l'embryon est encore droit, le cœur appartient exclusivement à l'extrémité céphalique, et se trouve situé au-devant des arcs pharyngiens. Plus tard, quand la tête s'infléchit sur le côté ventral, le cœur se glisse dans l'angle situé entre la tête et le tronc. Il se sépare par un sillon des deux arcs pharyngiens supérieurs, et lorsque, à une époque ultérieure, la tête se redresse, le cœur ne la suit pas et reste contre la paroi antérieure du tronc.

Chez l'homme, il n'existe très vraisemblablement pas d'allantoïde vasculaire développée aux dépens du corps, mais la connexion primitive avec le chorion persiste sous forme de pédicule épais et court, tandis que l'allantoïde épithéliale ne constitue qu'un organe tout à fait insignifiant.

J. B.

I. — Recherches sur le rein céphalique et le corps de Wolff chez les oiseaux et les mammifères, par George RENSON (*Archiv f. mikr. Anat. Band XXII, Heft* 4, 1883).

II. — Du développement du corps de Wolff et du rein chez les vertébrés, par L. BARON (*Thèse de Paris*, 1884).

III. — Ueber directe Betheiligung des Ektoderms an der Bildung der Urnierenanlage des Meerschweinchens (De la participation directe de l'ectoderme à la formation du rudiment des reins chez le cobaye), par F. SPEE (*Archiv f. Anat. u. Phys. Heft* 1 *et* 2, 1884).

IV. — Rudimenti del Canale di Gaertner nella Donna (Rudiments du canal de Gaertner chez la femme), par G. VALENTI (*Bolletino della Societa delle Scienze mediche in Siena, I, n°* 3, 1883).

I. — Avant l'apparition de la *masse intermédiaire*, alors que les lames latérales s'étendent jusqu'au contact des protovertèbres, la première ébauche du système excréteur est constituée chez le poulet par le canal qui réunit la cavité de chaque protovertèbre à la cavité générale du cœlome. L'auteur donne le nom de *canal de communication* à cet organe signalé par Kowalewski. L'orifice externe du canal de communication débouchant dans la cavité viscérale est caractérisé par une dilatation ampullaire nettement délimitée par les cellules des plaques latérales. Lors de la formation de la masse intermédiaire, les canaux de communication disparaissent, à l'exception de ces dilatations ampullaires qui persistent sous forme de petites lacunes ovalaires dans le sein de la masse intermédiaire où elles représentent des diverticules isolés de la cavité viscérale. Plus tard ces lacunes se retrouvent dans l'axe des canalicules segmentaires, où elles semblent constituer des dilatations de leur lumière. Elles deviennent finalement la cavité de la capsule de Malpighi des glomérules.

Les canalicules segmentaires se développent en même temps que la masse intermédiaire. Dans la région antérieure de l'embryon (comprise entre la septième et la onzième protovertèbre) ils apparaissent sous forme de cordons cellulaires émanés de l'épithélium pleuro-péritonéal. Ces cordons prennent naissance au niveau de l'angle supéro-interne de la cavité

pleuro-péritonéale. Certains d'entre eux se terminent en cul-de-sac; les autres sont reliés à un canal longitudinal, à la portion antérieure du canal de Wolff qui présente dans cette région un développement très précoce. Ce conduit est, en outre, discontinu; il est divisé en tronçons inégaux. Chacun de ces tronçons est continu avec un ou plusieurs canalicules segmentaires qui le relient à l'épithélium pleuro-péritonéal. Il s'ensuit que l'on peut considérer la portion antérieure du canal de Wolff comme issue de cet épithélium.

Dans la région postérieure de l'embryon (embryon de 14 protovertèbres), en arrière de la onzième protovertèbre, les canalicules n'apparaissent plus sous forme d'involutions isolées de l'épithélium pleuro-péritonéal. Une involution longitudinale continue de l'épithélium, au niveau de l'angle supéro-interne de la cavité viscérale, donne naissance à la masse intermédiaire, sorte de blastème dont la différenciation constituera plus tard les canalicules segmentaires et le canal de Wolff. Le canal de Wolff se différencie de très bonne heure par la formation d'un bourrelet cellulaire longitudinal dépendant de la masse intermédiaire. Plus tard, le canal de Wolff devient indépendant de cette masse, dans l'intervalle des canalicules.

En arrière de la région des canalicules, la masse intermédiaire reste non différenciée : cette portion représenterait le blastème du rein définitif, de même que la portion antérieure est le blastème du corps de Wolff (Sedgwick).

Enfin, dans la région antérieure, les glomérules du rein céphalique apparaissent sous forme de bourgeons cellulaires développés à l'orifice péritonéal des canalicules segmentaires et provenant d'une prolifération des éléments des canalicules.

Les glomérules internes du corps de Wolff prennent naissance par un processus tout à fait analogue. Ils proviennent d'une prolifération des canalicules segmentaires qui a lieu au niveau des lacunes, restes des canaux de communication.

Il ressort, dit l'auteur, de tous ces faits, que chacun des éléments constitutifs du corps de Wolff peut être considéré comme homologue d'un élément correspondant du rein céphalique. Rien ne s'oppose à admettre que le rein céphalique et le corps de Wolff proviennent tous deux de l'évolution d'un même organe ancestral.

II. — Le canal de Wolff se développe comme l'a indiqué Waldeyer. Il procède, en effet, de la masse intermédiaire, et il se présente au début sous forme d'une saillie longitudinale qui affecte sur les coupes l'apparence d'un prolongement linguiforme qui bientôt se recourbe en crochet et va rejoindre un prolongement analogue, mais plus petit, provenant également de la masse intermédiaire; de la coalescence de ces languettes résulte le canal de Wolff.

Les tubes de Wolff n'ont au début aucune communication avec le canal de Wolff. On peut voir très nettement sur le côté interne du canal de Wolff (embryons de poulet) une rangée de corpuscules sphériques pleins situés au milieu d'une mince couche de blastème qui sert en même temps de couche protectrice au canal; ils sont nettement délimités et ne communiquent point avec le canal. Ils s'allongent peu à peu transversalement, se soudent au conduit de Wolff et finissent par s'y aboucher.

III. — Les premiers rudiments des canaux de Wolff se montrent chez les embryons de cobaye à l'époque d'apparition des deux premiers arcs branchiaux.

Le canal de Wolff ne provient pas du cordon intermédiaire ; il procède d'un épaississement, d'une masse cellulaire ectodermique située vis-à-vis de la masse intermédiaire. Il se développe d'ailleurs de l'extrémité céphalique vers l'extrémité caudale de l'embryon.

L'examen des coupes reproduites par l'auteur permettent de constater, en effet, que l'ectoderme subit, au moment où il passe de la masse protovertébrale sur les lames latérales, un épaississement partiel qui tend à s'enfoncer de plus en plus dans le mésoderme, entre les protovertèbres et la masse intermédiaire encore confondues et les lames latérales ; que, grâce à l'apparition d'une solution de continuité, d'une fente, cet épaississement se sépare bientôt du feuillet ectodermique pour faire corps avec le cordon intermédiaire. Cette prolifération cellulaire d'origine ectodermique représente, d'après l'auteur, le rudiment épithélial du rein primitif.

Le canal de Wolff naît dans cette masse différenciée ; une fente allongée représente, la lumière du conduit, et les cellules qui l'entourent se groupent à la façon des épithéliums canaliculaires.

IV. — Sur 70 ligaments larges examinés par l'auteur, le canal de Gaertner n'a été trouvé absent qu'une seule fois. Loin de subir une incurvation à concavité inférieure, ce canal décrit chez la femme un trajet parallèle à celui de la trompe, caractère qui le rapproche du conduit de Gaertner de la vache et de la truie. On observe en outre chez la femme, comme Kocks l'a établi, de chaque côté du méat urinaire, deux petits culs-de-sac qui représentent les extrémités terminales de ces canaux ; mais on n'y voit pas les papilles décrites par cet auteur au sommet desquelles viendrait s'aboucher par un petit orifice l'extrémité inférieure de ces restes des conduits de Wolff.

Cette disposition est cependant évidente chez la vache. ASSAKY.

Ueber den Fixations apparat der Nieren (Appareil de fixation des reins), par ZUCKERKANDL (*Wien. med. Jahrb. Heft* 1, *p.* 59, 1883).

L'auteur considère que l'appareil de fixation des reins n'a pas été suffisamment étudié par les anatomistes allemands ; la description de Sappey lui paraît beaucoup plus exacte : il veut cependant la compléter.

Outre la tunique propre et la capsule adipeuse, les reins possèdent une capsule fibreuse. Le feuillet postérieur de cette capsule, qu'il ne faut pas confondre avec l'aponévrose du carré des lombes, pourrait s'appeler *fascia rétro-rénal ;* il s'unit, sur les bords du rein, au feuillet antérieur qui double le péritoine.

Le revêtement fibreux des reins, identique en arrière pour les deux glandes, varie en avant d'un côté à l'autre.

Le rein droit est recouvert en avant par le côlon ascendant, mais seulement au niveau de sa moitié ou même de son extrémité inférieure, de sorte que tout le segment supérieur de l'organe est tapissé par le péritoine pariétal, qui se porte ensuite sur le côlon ascendant. Au-dessous du péritoine se trouve ce qu'on appelle la capsule externe du rein : elle est constituée, chez les sujets amaigris, par du tissu cellulaire

lâche ; chez certains individus, elle peut, grâce à la condensation de ce tissu, prendre le caractère d'une membrane.

Le rein gauche est en rapport, par son bord externe, avec le côlon descendant ; cet intestin est relié à la colonne vertébrale par une sorte de mésocôlon transverse qui lui amène ses vaisseaux et qui est tendu en avant du rein. Au-dessous de ce mésocôlon existe une véritable membrane conjonctive qui va rejoindre, sur les bords du rein, le fascia rétro-rénal. Cette membrane est considérée par l'auteur comme le vestige du péritoine pariétal qui existait pendant la vie intra-utérine en avant des reins, avant que le gros intestin n'eût pris sa position définitive. Pour qu'elle existât à droite, il faudrait qu'il y eût en avant du rein un mésocôlon ascendant.

De là les conditions favorables de fixité du rein gauche et l'instabilité relative du rein droit. L. GALLIARD.

Ueber Beziehungen zwischen Blut-und Lymphgefässen (Des rapports qui existent entre les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques), par A. DOGIEL (*Archiv f. mikr. Anat. Band XXII, Heft* 4, 1883).

Dans la capsule rénale le réseau capillaire sanguin superficiel se trouve sur le même niveau que le réseau lymphatique; les capillaires parcourent les mailles du réseau lymphatique, et l'on voit, sur de bonnes injections, des anastomoses transversales de volume variable réunir les vaisseaux sanguins qui cotoient les lymphatiques. A part ce réseau sanguin adjacent il existe un réseau péri-lymphatique à mailles beaucoup plus larges, dont les capillaires sont loin de présenter un volume aussi considérable.

Les lymphatiques de la vésicule biliaire ne paraissent pas posséder de réseau péri-lymphatique ; mais ils sont accompagnés de capillaires sanguins qui échangent un certain nombre de communications transversales.

ASSAKY.

Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen Harnröhre (Anatomie de l'urètre chez la femme), par Max SCHÜLLER (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band XCIV, Heft* 3, *p.* 405).

Étude assez complète sur deux glandes inconstantes et de dimensions variables qui débouchent au niveau du méat urétral de la femme. Ces glandes avaient été mentionnées tout d'abord par Skene, puis par Kocks et Kleinwächter. Quand on incise l'urètre de la femme par la partie antérieure, on constate sur sa paroi postérieure un certain nombre de dépressions glandulaires désignées sous le nom de lacunes. Au méat on peut parfois constater à droite et à gauche de la ligne médiane deux de ces dépressions plus accentuées, quelquefois une seule, soit à droite, soit à gauche ; d'autres fois une troisième peut se rencontrer sur la ligne médiane. Ces dépressions permettent d'introduire une petite sonde en gomme de 1 millimètre de diamètre environ, laquelle s'engage tantôt à 2 ou 3 millimètres, parfois à près de 1 centimètre de profondeur. Ces canaux se terminent en cœcum dans l'épaisseur de la cloison urétro-vaginale. On les appelle canaux urétraux. Cet appareil glandulaire

serait plus développé pendant la période génitale et surtout pendant la grossesse. Il commencerait à apparaître chez les fœtus d'une longueur de 20 à 30 centimètres de long, avant que les lacunes soient apparues. Ces canaux comprennent un épithélium stratifié à cellules polygonales à gros noyau profondément, une couche moyenne présente des cellules en forme, soit de fuseau, soit de massue, superficiellement cellules aplaties. Cet épithélium repose sur du tissu conjonctif entremêlé de fibres lisses et contenant des vaisseaux. Cette muqueuse présente des papilles et des sillons.

On s'est demandé ce qu'était cet organe. Kocks pensait que c'était un reste du corps de Wolff, mais on sait que le corps de Wolff se retrouve dans le ligament large; d'ailleurs il va en s'atrophiant, tandis que ces canaux urétraux n'apparaissent que tardivement chez le fœtus. Les canaux de Gartner, que l'on observe chez la plupart des mammifères, s'ouvrent à l'entrée du vagin et non dans l'urètre ; ils sont d'ailleurs tapissés par un épithélium cylindrique. Ils ne sont donc pas les analogues des canaux urétraux. Ceux-ci ne sont pas vraisemblablement des lacunes exagérées, puisqu'ils se développent avant elles. On ne peut guère les considérer comme répondant aux canaux éjaculateurs de l'homme. Ce serait pour l'auteur l'analogue des glandes prostatiques.

Quoi qu'il en soit de leur signification morphologique et de leur physiologie, ces canaux sont intéressants à connaître, car ils peuvent être le siège d'abcès ou d'écoulements purulents. Dans ce cas, leur orifice est rouge et se reconnaît assez facilement. P. GALLOIS.

Ueber die Organische Einheit (De l'unité organique), par RINDFLEISCH (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band XCIV, Heft 3, p. 477,* 1883).

L'ovule est le type de l'unité organique. Il est constitué par du protoplasma qui, sous la forme cellulaire, est capable de résister aux influences extérieures et d'absorber les substances placées à son voisinage.

Les cellules qui dérivent de l'ovule se partagent ses propriétés. Elles vont former des organes que Rindfleisch divise en deux groupes : les organes primaires et les organes secondaires. Les organes primaires dérivent des feuillets externe et interne du blastoderme (peau, voies digestives et glandes annexes, poumons, reins); ils sont constitués par des cellules en contact plus ou moins direct avec le monde extérieur. Pour vivre, elles doivent être mises en contact avec ce milieu extérieur et pouvoir réagir contre lui. Ce sont les organes secondaires, l'appareil circulatoire et l'appareil nervo-musculaire qui leur en fournissent la possibilité.

Voici comment se développent ces deux appareils. L'embryon affecte d'abord la forme de feuillets. Chaque cellule se trouve alors facilement en contact avec les substances alimentaires. Par suite de leur pullulation, les cellules arrivent à former des masses plus volumineuses dans lesquelles les cellules centrales plus éloignées des substances alimentaires ne peuvent se nourrir et meurent; il tend à se former à l'intérieur de la masse un vide dans lequel s'insinue une anse vasculaire qui vient apporter aux cellules centrales les matériaux nécessaires à leur nutrition et emporter leurs produits de désassimilation. Les filets nerveux s'insi-

nuent de la même façon et sont chargés de transmettre au système nerveux central les impressions de chaque cellule. Celui-ci réagit soit sur l'appareil musculaire, pour soustraire l'organisme entier aux influences nuisibles extérieures, soit sur l'appareil circulatoire pour régler la distribution du milieu intérieur.

Ce sont ces deux appareils circulatoire et nervo-musculaire qui rétablissent l'unité organique, laquelle semble avoir disparu par suite de la division du travail nécessaire au perfectionnement de l'organisme.

P. GALLOIS.

Contributo alla anatomia dell'ovaio della donna gravida, par BERTE et CUZZI (*Rivista clin. di Bologna, n° 7, 1884*).

Pendant la grossesse il se produit un commencement de maturation et de développement des follicules de l'ovaire, qui n'arrivent pourtant pas à produire la rupture de ces follicules ; il n'y a pas d'ovulation chez la femme enceinte. Le nombre des follicules de Graaf chez elle est petit, plus petit même qu'on ne l'a admis. Cette rareté des follicules porterait à appuyer la conception de la caducité du parenchyme de l'ovaire dans de grandes proportions, ainsi que l'admet Paladino. Cette caducité du parenchyme appelle nécessairement sa rénovation, et celle-ci serait due à la prolifération de l'épithélium de la surface de l'ovaire. Cet épithélium se forme en cordons qui s'enfoncent dans la couche corticale de l'ovaire et forment des groupes de gros éléments cellulaires. Ces éléments sont ensuite séparés les uns des autres par les fibres du stroma de l'ovaire qui s'introduisent entre eux. Ils se convertissent ensuite en ovules, et le stroma qui les entoure fournit de jeunes cellules connectives qui forment la couche granuleuse. Cette couche est elle-même entourée par l'écorce de l'ovaire qui formera l'enveloppe du follicule.

Quatre dessins sont annexés à ce travail. F. BALZER.

Ueber das Os Uteri internum, par SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft 1*).

C'est immédiatement après l'accouchement que la distinction entre le corps et le col est la plus nette : le col a une telle consistance, qu'il se confond avec le vagin. Pendant les suites de couches on peut encore reconnaître très nettement l'orifice interne jusqu'au 5e et au 6e jour.

Pendant l'accouchement, on peut toujours plus ou moins facilement reconnaître l'orifice interne. Il est surtout facile à reconnaître chez les multipares à bassin plat, après la rupture de la poche des eaux. Dans ces cas, lorsque la tête trouve de grandes difficultés à pénétrer dans le bassin, on peut trouver l'orifice interne à 8 ou 10 centimètres au-dessus de la ligne innominée. On peut le voir et le sentir à travers les parois abdominales. L'auteur n'admet pas les dénominations de cercle de contraction et de segment inférieur de l'utérus récemment introduites dans la littérature. Les dénominations d'orifice interne et de col suffisent, et ne prêtent à aucune confusion.

Bandl trouve que l'orifice interne n'est pas un simple sphincter : c'est un renflement de la couche musculaire moyenne, au niveau du point où

les gros vaisseaux pénètrent dans l'utérus. Cette couche moyenne se prolonge jusque dans le col dans les cas normaux. La couche interne s'insère sur l'orifice externe. La couche externe qui enveloppe l'utérus comme une coiffe se perd dans les annexes, particulièrement dans le ligament rond. L'orifice interne n'est pas sensible chez les primipares. Il ne se forme que lorsqu'il existe une résistance anormale du côté de l'orifice externe du bassin ou du périnée : dans ces cas, après une période d'activité plus ou moins longue et infructueuse, la couche moyenne et la totalité du corps se condensent, s'épaississent, se raccourcissent, pendant que le col ou le vagin subit une distension mécanique plus ou moins intense. Il s'établit ainsi une différence dans l'épaisseur des parois du corps et du col, et l'orifice interne devient plus ou moins saillant. L'auteur s'est efforcé d'établir d'une manière exacte la configuration de la cavité utérine après l'accouchement : il a fait dans ce but des injections de suif et il a constaté que la forme de la cavité dans les cas normaux était un 8 de chiffre. L'épaisseur de la paroi est à peu près la même au niveau du fond et au niveau du col et du vagin ; c'est un peu au-dessous de la partie moyenne que se trouve le rétrécissement : il y a à ce niveau, sur une hauteur de 3 travers de doigt, une augmentation de la paroi, qui atteint presque le double de l'épaisseur du fond et du col. C'est cette partie renflée qui constitue l'orifice interne : elle a une importance physiologique au point de vue de l'hémostase après l'accouchement.

Küstner soutient que la partie supérieure du col appartient réellement à la cavité utérine et mérite le nom de segment inférieur de l'utérus : la muqueuse de cette région peut se transformer en caduque ; il présente deux préparations pour établir cette transformation.

H. DE BRINON.

Beitrag zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien (anatomie des petites lèvres), par Henri CARRARD (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band X, p.* 176).

Les petites lèvres ont été rangées par plusieurs auteurs allemands (Kölliker, Klein, Frey) dans la catégorie des muqueuses. Pour l'auteur, ce sont des replis cutanés. Il insiste sur la présence, contestée par Krause, des corpuscules de Meissner.

L'hypertrophie des petites lèvres est caractérisée par l'hypertrophie du tissu connectif et des nerfs qui le parcourent. Il n'y a pas d'augmentation de volume des papilles. Les filets nerveux à myéline sont 3 ou 4 fois plus nombreux qu'à l'état normal, et l'on trouve de gros faisceaux nerveux qui arrivent jusqu'à l'épiderme. Les extrémités terminales paraissent aussi plus nombreuses, et l'on en trouve de 3 espèces :

1° Des corpuscules de Meissner, plus gros qu'à l'état normal et présentant fréquemment à leur surface et à leur extrémité un prolifération nucléaire ;

2° Des terminaisons sphériques en massue, comme on en a décrit dans la conjonctive et les autres muqueuses. Elles ne correspondent qu'à un seul filet nerveux et ne possèdent pas la striation transversale caractéristique des corpuscules du tact. L'auteur a noté à leur sommet la même

prolifération qu'il avait constatée sur les corpuscules de Meissner : il n'a jamais rencontré ce mode de terminaison à l'état normal ;

3° Une forme intermédiaire aux deux précédentes. Le corpuscule a la forme elliptique et une enveloppe connective : il est formé, comme les corpuscules du tact, d'une série de cellules en massues superposées : mais ces cellules paraissent plus larges et plus aplaties que dans les corpuscules du tact : les limites entre les éléments sont plus nettement marquées. Dans les cellules, le long des noyaux, on remarque de nombreux linéaments à direction transversale et oblique : ces linéaments sont des terminaisons nerveuses extrêmement fines. La papille présente au-dessus du corpuscule deux prolongements formés d'un réseau très délicat de tissu connectif renfermant dans ses mailles des cellules rondes ou polygonales.

Outre ces modifications des tissus connectif et nerveux, l'auteur a noté une prolifération de tissu adénoïde siégeant exclusivement au voisinage des glandes sébacées.

Dans aucun cas, il n'y avait de vascularisation anormale. H. DE BRINON.

Beitrag zur Anatomie des Mastdarms (Contribution à l'anatomie du rectum), par LAIMER (*Wien. med. Jahrb. Heft* 1, *p.* 75, 1883).

L'auteur a surtout en vue, dans son étude, les replis transversaux de la muqueuse rectale et le sphincter supérieur de Nélaton.

Mais il envisage d'abord les formes extérieures : quand on dissèque le rectum après l'avoir rempli d'eau, on voit que sa surface présente des étranglements incomplets ou plutôt des dépressions latérales, au nombre de 2 à 5 ; le plus souvent il y en a 3, dont le médian, le plus prononcé, correspond au repli de Douglas et siège sur le côté droit de l'intestin. Ces étranglements sont dus non pas aux courbures latérales du rectum, mais à l'action des muscles longitudinaux ; ils disparaissent en effet quand on sectionne ceux-ci d'une façon complète.

Le calibre du rectum n'est pas uniforme puisque les parties étranglées sont séparées par des renflements; mais, d'une manière générale, ce calibre augmente de haut en bas. La région la plus étroite est celle qui correspond à la limite de l'S iliaque.

La musculature longitudinale du rectum est constituée en avant par la fusion des deux bandes tæniformes antérieures du côlon, en arrière par le prolongement de la bande postérieure. Les deux faisceaux longitudinaux peuvent conserver jusqu'en bas leurs caractères, ou au contraire s'étaler de façon à constituer une tunique plus ou moins complète. Jamais les parties latérales du rectum ne sont aussi peu pourvues de muscle que les intervalles des bandes tæniformes du côlon.

Aux étranglements de l'intestin correspondent, à la face interne, les replis transversaux semi-lunaires de la muqueuse, qui disparaissent également après la section des muscles longitudinaux. On peut en conclure qu'ils sont généralement au nombre de trois et que le médian est le plus saillant ; il atteint parfois 1 centimètre et demi. On le trouve du côté droit et à une distance de 6 à 9 centimètres de l'anus. Il mérite le nom de valvule que Houston attribue aux plis transversaux. Quant au repli que cet anatomiste place à la limite supérieure du rectum, Laimer ne

l'admet pas. Les trois replis sont déjà visibles chez l'embryon. Sappey les considère à tort comme exceptionnels chez l'adulte.

La connaissance de ces replis explique encore, d'après l'auteur, la nature du sphincter de Nélaton. C'est le faisceau de fibres circulaires contenu dans leur épaisseur et maintenu par la disposition déjà signalée des fibres longitudinales, qui constitue le prétendu sphincter. Les fibres, réunies au niveau de l'étranglement, se dissocient en éventail pour embrasser l'anse intestinale. Aussi peuvent-elles, dans certains cas, aller rejoindre celles d'un repli voisin, formant ainsi plutôt un réseau transversal que des anneaux réguliers.

On comprend que la contraction simultanée des muscles de deux replis rapprochés puisse avoir pour résultat le rétrécissement très notable du calibre rectal. L. GALLIARD.

De l'angle xiphoïdien, par A. CHARPY (*Revue d'anthrop., mai 1884*).

L'angle xiphoïdien est l'espace compris entre les deux bords de l'échancrure xiphoïdienne. Il a pour côtés les rebords cartilagineux infléchis ; sa base s'ouvre vers l'abdomen, son sommet virtuel et véritable est sur la base de l'appendice.

Cet angle est vaste chez l'enfant et les anthropoïdes, où il mesure plutôt la dilatation de l'abdomen que celle de la poitrine.

Chez l'adulte, où il mesure l'expansion pulmonaire, il est environ de 70° pour l'homme, de 75° pour la femme. Il est en rapport avec les formes de la base, par conséquent avec l'indice thoracique.

Il est modifié par les influences pathologiques, agrandi par l'emphysème et toute distension prolongée de l'abdomen, diminué par le corset, la phtisie.

Les formes cintrées des figurations esthétiques ne sont vraisemblablement que l'amplification des beaux types normaux. A. C.

I. — Beobachtungen über Kerne und Kerntheilungen in den Zellen des Knochenmarkes (Observations sur les noyaux et la division des noyaux dans les cellules de la moelle des os), par Julius ARNOLD (*Arch. f. pathol. Anat. u Physiol. Band XCIII, Heft* 1, *p.* 1).

II. — Ueber Kern-und Zell drü theilung bei acuter Hyperplasie der Lymphtriesen und der Milz (Sur la division des noyaux et des cellules dans l'hyperplasie des ganglions lymphatiques et de la rate), par Julius ARNOLD (*Ibidem, Band XCV, Heft* 1, *p.* 46).

I. — Les noyaux peuvent se diviser par segmentation ou par fragmentation :

1° Par segmentation : les noyaux se divisent suivant le plan équatorial ou le plan de segmentation en deux parties à peu près égales ou en plusieurs parties.

La segmentation peut être directe ; il n'y a pas alors de modification dans la disposition de la substance colorante du noyau. Elle peut être, au contraire, indirecte, et l'on observe alors une augmentation et une distribution modifiée de la substance colorante du noyau ;

2° Par fragmentation : sur certains points déterminés, les noyaux se

divisent en segments plus ou moins égaux, le plus souvent inégaux, qui ne sont pas séparés les uns des autres par des plans égaux de segmentation.

La fragmentation peut être directe : il n'y a pas alors de modification dans la distribution de la substance colorante du noyau ; elle peut être, au contraire, indirecte, et il y a augmentation et distribution anormale de la matière colorante.

II. — Dans cette seconde communication, l'auteur applique sa façon de voir à l'étude de l'hyperplasie rapide de la rate et des ganglions lymphatiques. La division des noyaux par les procédés indiqués jouerait le rôle principal dans cette hyperplasie. Les planches jointes à son travail montrent mieux que toute description les processus qu'il veut décrire. A. MATHIEU.

Contribution à l'étude de l'appareil à venin chez les poissons du genre Vive, par L. GRESSIN (*Thèse de Paris*, 1884).

L'organe essentiel de cet appareil est une glande pyriforme double (Remy) analogue aux glandes sébacées, composée de cellules polymorphes remplies de granulations fines ou d'une matière colloïde. La compression qu'exerce sur ces cellules un muscle qui s'insère à la base du cul-de-sac inférieur de la glande contribue à rompre l'enveloppe des cellules et joue par conséquent un rôle important dans l'issue du venin. Ce venin est un liquide bleuâtre légèrement opalescent, à peine styptique et sans goût prononcé. Il agit comme un poison nerveux convulsivant. Il produit, après une phase de contracture, de tétanisation véritable, la paralysie et l'impotence fonctionnelle, et diffère, par suite, du venin du serpent, qui produit des phénomènes de paralysie presque instantanée.

Ce poison porte son action sur les muscles et le bulbe, ainsi qu'en témoigne le ramollissement médullaire observé chez les rats autopsiés. Il paraît s'éliminer par le foie, les reins et les intestins. ASSAKY.

Ueber den Bau und die Function der Leber bei den Spinnen (Structure et physiologie du foie des araignées), par BERTKAU (*Arch. f. mik. Anat. Band XXIII, Heft* 2, 1884).

Le foie des araignées a pour origine un diverticulum de l'intestin qui est le point départ de nombreuses ramifications qui forment, grâce à la présence d'un type intermédiaire, un seul tout, une unité anatomique. Ces prolongements sont très riches en cellules glandulaires. Au-dessous du revêtement épithélial se trouvent des cellules dont les unes, petites, arrondies, contiennent de nombreuses granulations incolores, tandis que d'autres cellules plus volumineuses, en forme de massue, sont remplies de petits cristaux et de gouttelettes colorées en jaune, brun ou vert. Le produit de sécrétion de ces cellules agit sur la fibrine, l'albumine, etc.

ASSAKY.

PHYSIOLOGIE.

Leçons sur la physiologie du système nerveux (Sensibilité), par Mathias DUVAL (In-8°, *Paris*, 1883).

Cette brochure contient les sept premières leçons du cours auxiliaire de physiologie professé à la Faculté de médecine. Adressées à des étudiants qui ont besoin d'apercevoir clairement le lien et le sens des vérités physiologiques, elles remplissent complètement leur but. L'auteur expose élémentairement les conditions de la sensibilité; la découverte de Magendie, la constitution du système nerveux, les propriétés du fluide nerveux, sa nature et sa vitesse; l'action de divers poisons sur les nerfs, la sensibilité récurrente, les actes réflexes, les sensations et leur classification. Les deux dernières leçons sont consacrées à l'étude du toucher et à chacune des trois formes que peuvent revêtir les sensations de cette catégorie, à savoir: sensibilité à la chaleur, sensibilité au contact, sensibilité au froid. Les prétendues sensations spéciales, sensibilité à la douleur, chatouillement, sens de l'électrition, sens génital, sont ensuite passées en revue. Ces études se terminent par l'examen du sens musculaire et des réflexes tendineux. DASTRE.

Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression, nach Thierversuchen und Krankenbeobachtungen (Pression cérébrale et pathologie de la compression du cerveau, d'après des recherches sur les animaux et des observations de malades), par Albert ADAMKIEWICZ (*Sitzungs berichte der. Kais. Akad. der Wiss. Band LXXXVIII, p.* 11).

Le point de départ de ces recherches a été fourni par l'autopsie d'un jeune homme de 17 ans, mort d'accident; on trouva au niveau des 5°, 6° et 7° racines cervicales une intumescence de 3 centimètres de long, constituée par un sarcome médullaire qui avait réduit considérablement l'espace occupé par une grande partie de la substance blanche et de la substance grise. Cette altération considérable était restée parfaitement compatible avec l'intégrité fonctionnelle absolue.

La compression cérébrale se définit par une augmentation de la pression du liquide céphalorachidien. Adamkiewicz examine dans un premier chapitre les opinions régnantes relatives à ce sujet et exposées par Bergmann. Les déplacements du liquide céphalo-rachidien du cerveau à la moelle compensent les variations de l'afflux sanguin : la cavité cranienne est invariable, la cavité rachidienne ne l'est point. Les parois élastiques qui entourent la moelle sont susceptibles de revenir sur elles-mêmes ou de céder à l'action du liquide céphalo-rachidien. 1° on peut considérer une compression cérébrale aiguë : ce sera celle qui déterminera un accroissement de la pression du liquide cérébro-spinal comprimant les capillaires sanguins et produisant une anémie cérébrale. C'est un effet pa-

thologique : ses symptômes généraux sont les convulsions et le coma; les symptômes locaux dépendent du point où porte l'agent qui provoque la compression; ils consistent dans la perte de fonction de la partie directement comprimée, d'où les paralysies et particulièrement les hémiplégies. Ces symptômes cèdent lorsque, par la trépanation, l'on fait disparaître la compression. Telles sont les idées régnantes, appuyées d'une part sur l'identité des effets expérimentaux produits par l'accroissement artificiel de la pression cérébrale et par la diminution de l'afflux sanguin, et en second lieu sur des expériences tendant à prouver qu'en effet la réduction de l'espace intra-cranien provoque l'accroissement de pression de liquide céphalo-rachidien et le resserrement du champ des capillaires cérébraux. Ces faits et ces expériences sont dus à Althann, Leidesdorf et Stricker, Pagenstecher, Duret, Naunyn et Schreiber, François Franck. 2° on peut considérer une compression cérébrale chronique. Dans ce cas, le processus est assez lent pour qu'il puisse y avoir résorption du liquide et atrophie des éléments nerveux suffisantes, capables de compenser la réduction du volume. L'autopsie peut révéler des altérations de ce genre, tumeurs osseuses, tubercules ayant amené des diminutions de la capacité cranienne qui ne se sont traduites par aucun symptôme.

Ces idées ne sont point d'accord avec l'observation rappelée au début de ce mémoire, dans laquelle on voyait une tumeur qui n'avait amené aucune résorption du liquide, ni aucune atrophie. La masse nerveuse s'était montrée compressible et la compression n'avait eu aucun inconvénient. On est donc amené à se demander si les idées régnantes sont bien fondées. Elles s'appuient sur les expériences de Leyden, qui exerçait des pressions artificielles en agissant sur la surface cérébrale ; sur celles de Pagenstecher, qui introduisait dans la cavité cranienne un mélange de cire et de suif entre l'os et la dure-mère. Dans les deux cas on rapportait à la compression cérébrale les symptômes observés, à savoir : céphalalgie, troubles de la respiration et du pouls, nystagmus, coma, convulsions.

Or, Althann (1871), Key et Retzius (1875-1876) ont démontré que les espaces sous-arachnoïdiens médullaire et cérébral communiquent entre eux, qu'ils communiquent avec les ventricules du cerveau par la *foramen de Magendie* et les *recessus laterales*, et enfin que ces espaces envoient des prolongements dans les nerfs rachidiens et dans le nerf olfactif. Ces prolongements communiquent eux-mêmes avec le système lymphatique périphérique. Cet espace sous-arachnoïdien communique encore, d'après Schwalbe (1871), avec le système lacunaire interposé à la pie-mère et à la dure-mère, et celui-ci, grâce au nerf acoustique, est mis en rapport avec la péri-lymphe, et, grâce au nerf optique, avec les lymphatiques de l'œil. Enfin Luschka (1869) a prouvé que, par l'intermédiaire des prolongements arachnoïdiens papillaires connus sous le nom de granulations de Pacchioni, le même espace sous-arachnoïdien était en rapport avec le sinus veineux. Ces faits ont été vérifiés ultérieurement par Quincke (1873), Schwalbe et Michel (1872). En résumé, tous les tissus céphaliques sont en communication facile par les systèmes lacunaire et vasculaire. Toute injection de liquide faite dans le cerveau doit donc se déverser dans les lymphatiques et dans les veines. Or, la pression du liquide lymphatique dans le cou varie de 8 millimètres de

solution hémostatique, à 18 millimètres chez l'homme, de 5 à 20 millimètres chez le cheval. D'où les conclusions qu'un liquide introduit dans la cavité cranienne ne peut pas dépasser cette très faible pression, particularité que l'on a attribuée à tort à une prétendue faculté de résorption dont jouiraient les tissus qui remplissent la cavité cranienne. Les effets décrits par les auteurs de ces expériences ne sont donc pas à proprement parler des phénomènes de compression cérébrale vraie ; d'ailleurs, ils ont observé qu'ils apparaissent surtout au moment de la décompression.

L'auteur a exécuté des expériences consistant à injecter par la carotide, chez le lapin, une solution de chlorure de sodium à 6 0/00, et comparativement une solution concentrée alcalisée avec quelques gouttes d'ammoniaque, et enfin des solutions d'eau distillée. Ces solutions ne peuvent, comme il a été expliqué plus haut, accroître la pression, mais elles se répandent à travers les parois et imbibent les éléments nerveux en produisant précisément du nystagmus et des troubles respiratoires et circulatoires, et en général tous les phénomènes de la compression cérébrale, objectifs et subjectifs. Tous ces symptômes sont des phénomènes d'excitation cérébrale, et celle-ci, comme celle des nerfs, peut être suivie, lorsqu'elle est suffisamment intense, d'effets de fatigue ou de paralysie. D'autre part, une cause de diminution de la capacité cranienne ne peut, au début, exciter le cerveau, ni le paralyser à la longue : c'est ce qu'apprend la clinique. Les effets attribués à l'accroissement de la pression cérébrale ne lui appartiennent donc à aucun titre.

Adamkiewicz étudie ensuite la tension du liquide cérébro-spinal pour s'assurer si réellement les changements de cette tension amènent des troubles de circulation. Il examine la valeur des procédés actuellement en usage : celui de Magendie, celui de Leyden, qui a fixé la pression du liquide à 10 centimètres d'eau, tandis que Koch et Bergmann l'ont évaluée à 60 millimètres, et Key et Retzius à 168-280 millimètres ; Bochefontaine, de $0^{mm},5$ à 5 millimètres de mercure. Adamkiewicz a recherché si cette pression était supérieure à celle qui existe dans les capillaires sanguins du cerveau, si elle lui était égale ou inférieure. Pour cela il suffit de faire communiquer avec l'atmosphère le réservoir du liquide rachidien et de constater le changement qui en résultera pour la tension dans les capillaires sanguins ; et ce changement lui-même sera apprécié par l'examen de la circulation veineuse dans le cou. Toutes les manipulations exercées sur la dure-mère provoquent une augmentation de la pression veineuse et des oscillations ; mais l'ouverture de l'arachnoïde et l'équilibre entre l'atmosphère et le liquide céphalo-rachidien n'exercent point la moindre influence sur la pression jugulaire, et par conséquent sur la circulation cranienne. La tension de ce liquide est égale ou un peu inférieure à celle du sang dans les capillaires : elle est, chez le lapin, d'environ 6-8 millimètres de mercure.

Pour réduire la capacité cranienne, l'auteur s'est servi d'un fragment de tige de laminaire, introduit entre l'os et la dure-mère : ce fragment s'imbibe et grossit lentement, exerçant une compression sans détruire la substance cérébrale. La pression de la veine jugulaire, étudiée au moyen de graphiques, montre que la circulation cérébrale n'a pas éprouvé le moindre changement. De même, la pression sanguine n'est pas modifiée dans le bout central de la carotide. En résumé, l'expérience a montré que

la diminution de la capacité cranienne opérée par une masse intra-cranienne ne crée aucun obstacle au cours du sang, et ne modifie point la pression du liquide céphalo-rachidien. Cette pression est d'ailleurs très voisine de celle des capillaires sanguins, comme si le liquide cérébral était un simple exsudat du plasma du sang. Il se produit donc toujours en quantité précisément convenable pour remplir l'espace libre entre la boîte cranienne et la substance nerveuse. Les conséquences pathologiques de cette prétendue augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien ne sont pas exactes. En réalité, le liquide cérébro-spinal a sa source dans les capillaires sanguins; sa tension dépend de celle du sang, s'élève ou s'abaisse avec celle-ci et peut lui être égale ou légèrement supérieure. Ce liquide remplit tout l'espace compris entre la dure-mère et les vaisseaux de la pie-mère. Sa quantité dépend de la grandeur de cet espace; elle s'accroît lorsqu'il s'accroît et diminue avec lui. Si ces variations de capacité sont brusques, il peut en résulter un accroissement de pression momentané. Il y a donc continuellement des courants qui vont des vaisseaux à l'espace arachnoïdien et *vice versa*. Le liquide cérébro-spinal ne saurait être cause des troubles circulatoires. En somme, Adamkiewicz conclut qu'il ne reste rien des doctrines régnantes relatives à la compression cérébrale et aux causes qui réduisent la capacité intra-cranienne. DASTRE.

On the sensorial localisations in the cortex cerebri, par Luigi LUCIANI (*Brain, p.* 145, *juillet* 1884).

L'auteur se sert d'un procédé ingénieux pour apprécier les sensations sensitives et sensorielles des chiens sur lesquels il expérimente. Il leur ferme hermétiquement les paupières en les recouvrant d'une sorte d'appareil plâtré : cela fait, il leur présente de la nourriture. Au moment où ils sont occupés à manger, ils perçoivent le moindre contact, et si on les touche, instinctivement ils tournent la tête du côté où ils ont perçu la sensation tactile. De même, pour l'ouïe, on l'apprécie en faisant tomber à droite où à gauche du chien un os dans son plat ; pour l'olfaction, en approchant un morceau de viande plus ou moins près de son nez ; pour le goût, en leur faisant absorber des substances plus ou moins amères. Enfin, pour apprécier les modifications de la vue, on ferme un des yeux, soit le gauche; puis on présente sans bruit à l'animal un morceau de viande que l'on approche d'abord du côté gauche de son nez, de façon que l'image se réfléchisse sur le segment externe de la rétine droite; puis à droite, de façon que le segment interne de cette même rétine soit impressionné à son tour. Le chien se tourne pour saisir sa proie si la portion de rétine qui reçoit l'image est normale; il reste immobile, au contraire, si la rétine est aveugle; enfin il atteint la nourriture avec hésitation s'il n'a que l'amblyopie.

Au point de vue de la localisation des centres sensitifs, voici les résultats obtenus par l'auteur.

a) *Centre visuel.* Des troubles importants de la vue succèdent à l'ablation des circonvolutions occipitales temporales, pariétales et même frontales : seulement, tandis que les lésions frontales et temporales ne donnent

lieu qu'à une cécité passagère celles de la région pariétale et surtout de l'occipitale sont suivies d'une cécité permanente.

Comme Munk, Luciani arrive à la conclusion qu'une hémiopie bilatérale homonyme suit immédiatement l'extirpation d'un lobe occipital tout entier. Mais tandis que Munk décrit le phénomène permanent, Luciani démontre qu'il est temporaire et peut se reproduire chaque fois que l'on répète l'extirpation partielle du même lobe. Il démontre également qu'il ne s'agit pas là d'une cécité absolue, par défaut de sensation, mais d'une cécité psychique, par défaut de perception.

b) *Centre auditif.* Pour Luciani, il occupe la région temporale, et irradie par la région pariétate et la région frontale, en même temps qu'il se prolonge vers la circonvolution de l'hippocampe et la corne d'Ammon. Chaque oreille est en rapport avec les deux sphères corticales auditives, mais spécialement avec celle du côté opposé. Comme pour la vision, l'auteur suppose que la surdité qui résulte de la lésion d'un des centres auditifs corticaux est presque exclusivement une surdité psychique.

c) Le *centre olfactif* occupe, en avant de la scissure de Sylvius, les circonvolutions les plus inférieures de la région temporale : la destruction de la région occipitale n'est jamais accompagnée de troubles de l'odorat : par contre, les lésions de la corne d'Ammon et du gyrus de l'hippocampe, en déterminent, ce qui prouve l'étroite connexion du sens de l'ouïe et de l'odorat chez le chien.

Le centre du goût n'a pu être déterminé. Une seule fois, un chien auquel on avait enlevé la quatrième circonvolution externe et le gyrus de l'hippocampe parut ne pas apprécier l'amertume des drogues qu'on lui présentait.

Le *centre tactile* parait diffusé sur une grande étendue : il prédomine au niveau de la région frontale, mais gagne la région pariétale.

Un fait qui ressort de ces quatre schémas, c'est que les zones des centres sensitifs et sensoriels se superposent toutes par quelques points au niveau de la région pariétale. Aussi Luciani appelle-t-il les circonvolutions pariétales le centre des centres, parce que leur lésion détermine constamment des lésions complexes qui portent sur tous les sens réunis.

H. RENDU.

Zur Lage der Gleichgewichtscentren (Localisation des centres de l'équilibre), par B. LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 289).

Goltz avait localisé les centres qui président au maintien de l'équilibre dans les lobes optiques et les tubercules quadrijumeaux. Luchsinger constate chez les grenouilles auxquelles il enlève le cerveau moyen, des mouvements tendant manifestement à la conservation de l'équilibre. Il sectionne le système nerveux central en travers immédiatement au-dessus de la ligne blanche du cervelet ; les animaux opérés de cette façon et soumis à un mouvement de rotation lent dans un plan horizontal (déposer la grenouille sur une assiette et faire tourner celle-ci autour de son axe vertical), exécutent des mouvements en sens inverse de celui de la rotation. Déposées sur un plan que l'on incline graduellement, elles ne tombent pas, mais se cramponnent et grimpent jusqu'à ce

qu'elles aient atteint un bord horizontal. Il existe donc chez la grenouille des centres de l'équilibre, ailleurs que dans les hémisphères et le cerveau moyen. Ces centres sont probablement situés dans la moelle allongée. C'est là en effet qu'aboutissent les nerfs sensibles du corps et ceux qui proviennent des canaux semi-circulaires du labyrinthe.

Les expériences précédentes ne réussissent pas toujours : le résultat négatif doit sans doute dans ces cas être attribué à une influence d'inhibition (excitation due à la section). L. F.

Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, par CHARCOT et P. RICHER (*Arch. de Neurologie, n*os 5, 6, 8, 9 *et* 15, 1884).

Dans ce travail fort étendu et des plus intéressants sont examinées avec une précision et une sûreté de méthode bien dignes d'être signalées, toutes les particularités inhérentes au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Les auteurs, en effet, ont eu pour but, non point d'entreprendre l'explication physiologique des phénomènes si complexes et encore incomplètement étudiés que l'on comprend sous la dénomination d'hypnotisme, mais uniquement d'établir, au moyen des données actuelles de la physiologie les trois propositions suivantes :

a) Le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est un phénomène de nature réflexe ;

b) La nature de ses manifestations a sa raison d'être dans une modification spéciale de l'activité du centre nerveux ;

c) La voie centripète de l'arc réflexe n'est autre que celle des nerfs sensitifs cutanés.

En outre, l'étude détaillée du réflexe tendineux pendant la léthargie hystérique conduit à cette conclusion, à savoir que l'exagération de ce phénomène n'est que le premier degré de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dont le mécanisme est identique. En conséquence, l'opinion de Westphal qui persiste à considérer la contraction musculaire consécutive au choc du tendon, comme directement produite par l'excitation mécanique de la fibre musculaire, en continuité avec la fibre tendineuse, ne paraît pas devoir prévaloir contre celle de Erb et de la plupart des observateurs qui en font un phénomène de nature réflexe. PAUL GARNIER.

Linee generali della fisiologia del cervelletto, par LUCIANI (*Rivista sper. di med. leg. n*° 1-2, 1884).

Après avoir décrit le mode opératoire de l'ablation du cervelet chez les chiens, l'auteur étudie les suites de cette opération et distingue trois périodes.

Dans la première qui va jusqu'à la guérison complète de la plaie, il note les phénomènes suivants : agitation continuelle de l'animal, contracture des membres antérieurs en extension et des muscles de la colonne vertébrale ; au bout de quelques jours les contractures deviennent des mouvements cloniques qui s'étendent à peu près à tous les muscles ; si l'animal cherche à se lever, il ne se maintient que par les membres anté-

rieurs, les postérieurs restent demi-fléchis : en somme l'exécution régulière de la fonction motrice est empêchée. Il y a incoordination, comme l'a dit Flourens, c'est-à-dire défaut de l'association normale et de la succession des mouvements musculaires nécessaires à l'accomplissement des divers actes volontaires.

Dans la deuxième période, qui dure tant que la nutrition générale se maintient, l'incoordination cesse et l'on observe les phénomènes qui dépendent réellement de l'ablation du cervelet : mouvements musculaires sans vigueur, mouvements cloniques continuels de la tête et des membres et de la colonne vertébrale pendant la marche. Les mouvements manquent de mesure et d'énergie, le pied est mal posé, il y a des chutes fréquentes. Luciani appelle ce phénomène du nom d'ataxie cérébelleuse. Selon lui, cette ataxie, sans altération ou paralysie sensorielle, moins marquée pendant la natation, dépendrait d'un tonus imparfait et d'une énergie insuffisante du système nerveux moteur des muscles de la vie animale. Cette asthésie musculaire est la vraie conséquence de l'ablation du cervelet.

Dans la troisième période, la dénutrition est progressive et rapide ; tous les phénomènes de l'appareil moteur volontaire s'aggravent rapidement, ces phénomènes sont des effets indirects ou éloignés du défaut d'innervation cérébelleuse. F. BALZER.

Ein Beitrag zur Physiologie der Nervi phrenici (Contribution à la physiologie des nerfs phréniques), par R. von ANREP et N. CYBULSKI (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 243).

Contrairement à l'opinion admise généralement, les nerfs phréniques sont des nerfs mixtes. L'excitation du bout central du phrénique provoque par voie réflexe des modifications de la respiration et de la circulation ; elle peut également donner lieu à des sensations douloureuses.

Respiration.— En ce qui concerne les réflexes respiratoires, les effets de l'excitation du phrénique sont comparables à ceux qui ont pour point de départ l'excitation de tout autre nerf sensible : accélération des mouvements respiratoires, parfois arrêt en expiration. Les effets sont les mêmes chez l'animal anesthésié.

Pression sanguine. — L'excitation des phréniques provoque sur la courbe du tracé kymographique l'apparition d'une série de larges ondulations embrassant chacune plusieurs périodes respiratoires. Les auteurs démontrent par des expériences probantes qu'il s'agit d'une action périodique de l'activité du centre vaso-moteur, tout comme dans la production des oscillations vaso-motrices connues sous le nom de courbes de Traube-Hering. On ne peut cependant à notre sens assimiler le phénomène observé par von Anrep et Cybulski avec les oscillations de la pression étudiées par Traube et par Hering, attendu que ces dernières correspondent chacune à un seul mouvement respiratoire, la pression baissant à l'inspiration pour remonter à l'expiration.

L'excitation du bout central des phréniques a également pour effet de provoquer une excitation périodique du centre modérateur du cœur, excitation dont le rythme est isochrone avec celui du centre vaso-moteur.

A chacune des oscillations de la pression signalées plus haut, correspond une accélération, puis un ralentissement des pulsations cardiaques.

Les vraies oscillations de Traube-Hering ne se montreraient pas, d'après von Anrep et Cybulski, chez les animaux dont les phréniques ont été divisés au préalable. L. F.

Sulla circolazione coronaria del cuore, par NOVI (*Rivista clin. di Bol., avril 1884*).

La nutrition du cœur est établie sur ce principe de physiologie générale, qu'une nutrition active correspond à un travail actif, et l'opinion d'après laquelle le myocarde reçoit le sang seulement pendant la diastole ventriculaire est inconciliable avec ce principe. L'expérience de Hyrtl, concernant l'ablation d'une partie de la coronaire, a résolu parfaitement la question de l'action autonome du cœur sur la circulation, action dépendante de la fermeture et de l'ouverture des orifices coronaires, mais elle n'a pas démontré le peu de fondement du fait que le myocarde contracté comprime les vaisseaux qu'il contient. Ces vaisseaux capillaires placés dans les espaces compris entre les fibres musculaires et leurs anastomoses sont dilatés et non comprimés au moment de la contraction du myocarde. Seuls les capillaires transversaux sont comprimés, mais cette compression, comme l'ont prouvé Ranke et Rebatel, ne modifie en rien la circulation des coronaires. Tous les autres vaisseaux, veines, artères, et capillaires échappent à cette compression.

La systole ventriculaire ne peut pas faire refluer le sang des veines vers les capillaires, elle le pousse vers le sinus droit. Ce n'est pas la présence des valvules qui l'empêche de refluer, car ces valvules n'existent pas; c'est la vis a tergo et aussi l'aspiration (Goltz) exercés par le sinus droit au début de la diastole. Le pouls des artères coronaires correspond à leur diastole et est semblable comme mécanisme et comme durée à celui des artères voisines du cœur. Jaia pour appuyer la théorie de l'irrigation diastolique s'est fondé à tort sur la circulation coronaire de la grenouille; cette circulation n'existe pas suivant Brücke. Il a été démontré par Rebatel que durant la systole ventriculaire non seulement le sang conserve son mouvement progressif dans les artères coronaires, mais qu'il l'accélère. F. BALZER.

De l'influence des différents rayons colorés sur le développement et la croissance des mammifères, par E. GORBATZÉVITCH (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1883).

Tous les rayons colorés du spectre solaire favorisent le développement et la croissance des mammifères, mais d'une manière inégale. L'intensité de l'action favorable est en proportion de l'éclat de la couleur. Ainsi c'est la lumière rouge qui produit le maximum d'action. Puis viennent l'orange, le vert, le blanc et en dernier lieu le bleu et le violet. Les expériences de Gorbatzévitch ont été faites sur des chiens nouveau-nés. W. HOLSTEIN.

Die mangelhafte Erregbarkeit der Netzhaut für Licht von abnormer Einfallsrichtung (Absence d'excitabilité de la rétine pour la lumière qui pénètre dans

une direction anormale, par Sigm. EXNER (*Sitzungsberichte der kais. Akad. der Wiss., Bd. LXXXVIII, p.* 103).

L'auteur rappelle d'abord les procédés employés depuis Purkinje pour rendre visibles les ramifications des vaisseaux sanguins.

La première consiste à faire mouvoir une source de lumière devant les parties latérales de l'œil : l'image projetée sur les parties latérales de la rétine fonctionne à son tour comme source lumineuse, produit une ombre qui projette les vaisseaux rétiniens sur la couche sensible de la rétine située en arrière. Le déplacement de la lumière produit un déplacement des ombres qui permet de les mieux apercevoir. La seconde méthode consiste à concentrer sur un point latéral de la sclérotique les rayons d'une lentille convergente. Ce point devient source lumineuse intérieure et donne lieu aux mêmes phénomènes. En modifiant l'expérience d'une manière convenable, S. Exner est conduit à la conclusion suivante : la rétine est tout à fait inexcitable pour la lumière qui va de la choroïde vers le cristallin, ou tout au moins notablement moins excitable que pour les rayons lumineux qui suivent la direction normale. Ce résultat ne doit pas être applicable aux animaux qui ont un tapis, s'il est vrai comme Brücke l'a supposé, que le tapis ait pour fonction de permettre l'impression des rayons réfléchis comme celle des rayons directs. Il en est de même pour la grenouille où, d'après Kühne et Steiner, la lumière provoque qu'elle qu'en soit la direction les phénomènes électriques bien connus.

DASTRE.

Zur Innervation der Iris des Kaninchens (Innervation de l'iris chez le lapin), par B. LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 294).

Chez l'homme l'innervation des deux pupilles est toujours bilatérale. Si l'on éclaire vivement l'une d'elles, toutes deux se rétrécissent également. Il n'en est plus ainsi chez le lapin. Si l'on place un lapin (surtout un lapin albinos) de manière à éclairer vivement l'un des yeux tandis que l'autre reste dans l'ombre, on observe une inégalité notable dans les dimensions des deux pupilles. La pupille de l'œil éclairé se contracte toujours plus que celle de l'œil resté dans l'ombre. Cette innervation isolée et unilatérale de chaque pupille est sans doute en relation avec la séparation presque complète des champs visuels des deux yeux chez cet animal.

L. F.

Wirkung verdichteter Luft auf die Respiration (Effets de l'air condensé sur la respiration), par SUCHORSKY (*Centrbl. f. die med. Wiss., n°* 25, 1884).

Conclusions : La quantité d'acide carbonique expiré et d'oxygène inspiré diminue quand on respire dans l'air condensé. La diminution de l'élimination carbonique tient à la diminution dans le volume d'air inspiré, causée elle-même par la diminution de nombre et de profondeur des mouvements respiratoires. La quantité d'oxygène inspiré diminue un peu moins que celle de CO^2 expiré, de sorte que le coefficient $\frac{CO^2}{O}$ descend au-dessous de la normale. D'ailleurs, la proportion *relative* d'oxy-

gène inspiré est un peu plus forte quand on respire dans l'air comprimé qu'à l'air libre.

Ces effets sont d'autant plus accusés que l'appareil respiratoire se trouve dans des conditions moins physiologiques.

Le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires diminuent dans l'air comprimé ; mais leur rythme ne se modifie pas.

La circulation est doublement influencée : d'une part les veines sont moins pleines qu'à l'état normal, d'autre part le sang s'accumule dans les organes abdominaux.

Les effets thérapeutiques de l'air comprimé proviennent de la diminution des échanges gazeux et par suite des efforts musculaires qu'ils nécessitent, mais aussi de l'action mécanique qu'il exerce sur l'organisme. L. D.-B.

I. — Untersuchungen über das Blut, den Kreislauf und die Athmung beim Säugethier-Fötus (Recherches sur le sang, la circulation et la respiration chez le fœtus des mammifères), par J. COHNSTEIN et N. ZUNTZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 173).

II. — Blutveränderung während der Schwangerschaft (Changements subis par le sang pendant la gestation), par J. COHNSTEIN (*Archiv. für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 233).

I. — *Sang.* — Le nombre des globules sanguins est peu considérable (quelques centaines de mille globules par millimètre cube) chez les très jeunes embryons. Il s'accroît graduellement dans le cours du développement mais il reste toujours inférieur au nombre des globules rouges du sang de la mère.

Au moment de la naissance on constate une augmentation très rapide dans la proportion des globules sanguins. Les globules sont toujours plus nombreux chez les fœtus qui ont respiré que chez ceux qui n'ont pas respiré. Il sont plus nombreux chez ceux auxquels la ligature du cordon ombilical a été faite tardivement. Après la naissance on continue à observer une concentration graduelle du sang, de sorte que de la 5e à la 18e heure après la naissance, le nombre des globules sanguins peut, chez le lapin nouveau-né, atteindre ou même dépasser le nombre de globules du sang de la mère. Chez les lapins âgés de 6-10 jours on observe déjà une diminution dans le nombre des globules rouges.

La quantité d'hémoglobine contenue dans le sang des très jeunes embryons est peu considérable ; elle s'accroît graduellement pendant le développement, puis subit au moment de la naissance une brusque augmentation, de telle sorte que le sang du nouveau-né qui a respiré contient en général plus d'hémoglobine que le sang de la mère.

Les globules du sang du fœtus sont plus volumineux que ceux de la mère. Chacun d'eux contient chez le fœtus une plus forte proportion d'hémoglobine que chez la mère. Ainsi un million de globules contiennent chez le fœtus 0,0197 milligrammes d'hémoglobine et chez la mère seulement 0,0151 milligrammes. La proportion de sang contenue dans le corps du fœtus et dans le placenta fœtal varie aux différentes périodes du développement embryonnaire. Chez les très jeunes fœtus, le placenta contient notablement plus de sang (10,18 0/0 du poids de l'embryon) que

l'embryon lui-même (4,5 0/0 de son poids). Puis vient une période où le sang se répartit à peu près également entre l'embryon (4,6 0/0 de son poids) et le placenta (4-6 0/0 du poids de l'embryon). Enfin dans la dernière période le corps de l'embryon contient notablement plus de sang (6,7 0/0) que le placenta (1 à 2 ou 3 0/0).

On sait que la répartition du sang entre le nouveau-né et le placenta dépend en grande partie du moment (plus ou moins éloigné de sa naissance) auquel on pratique la ligature du cordon ombilical. Lors de la naissance le sang contenu dans le placenta est peu à peu chassé dans la direction du fœtus et pénètre en grande partie dans le corps de celui-ci. En attendant quelque temps avant de lier le cordon, on fait bénéficier le nouveau-né d'une quantité de sang notable. Les recherches de J. Cohnstein et N. Zuntz ont pleinement confirmé ce fait. Cet excédent de sang, que l'on peut comparer au sang que l'on introduit artificiellement par une transfusion, ne reste pas acquis définitivement au fœtus. Le sang commence presque immédiatement à se concentrer par diminution de sa partie liquide qui est évacuée par les différentes voies de sécrétion. Les globules rouges se conservent au contraire; ainsi s'explique la forte proportion de globule et d'hémoglobine que l'on trouve dans le sang des nouveau-nés.

Circulation. Le fœtus de mouton a deux artères et deux veines ombilicales. On peut donc sans entraver la circulation placentaire fixer une canule dans une veine et une autre canule dans une des artères ombilicales et enregistrer simultanément au moyen du kymographe le tracé de la pression veineuse et de la pression artérielle. Cohnstein et Zuntz reproduisent des exemples de graphiques obtenus de cette façon.

La fréquence des pulsations est plus forte chez les jeunes embryons (114-210 p. par minute) que chez les fœtus à terme (77 à 125 p. par minute). On sait que le mouton adulte a 60 à 80 pulsations par minute.

La pression artérielle moyenne paraît augmenter avec l'âge du fœtus. Elle fut trouvée de 40 à 50 millimètres de mercure chez des fœtus pesant 1 1/2 kilogrammes tandis qu'un fœtus près du terme et pesant 3,600 grammes présentait une pression artérielle de 83,7 millimètres.

La pression baisse immédiatement à la suite d'une saignée, mais elle ne tarde pas à se relever ultérieurement, de manière à remonter presque au niveau primitif. Les choses se passent donc comme chez l'animal adulte; de même l'occlusion d'une des artère ombilicales et le rétablissement ultérieur du cours du sang dans le vaisseau comprimé, n'ont qu'un effet minime et passager sur la pression sanguine et sur la circulation placentaire. Tandis que la pression artérielle est moitié moins élevée chez le fœtus de mouton que chez l'animal adulte, nous observons pour la pression veineuse un rapport inverse. Elle est notablement plus élevée chez le fœtus que chez l'adulte. Cohnstein et Zuntz la trouvent respectivement de 16,4, 32,6, 34,0, 29,0 et 21,0 millimètres de mercure dans cinq expériences. La différence de pression entre les veines et les artères qui constitue le moteur de la circulation placentaire est donc peu importante. Cette circulation, de même que la circulation fœtale est beaucoup plus lente que chez l'adulte. Cohnstein et Zuntz ont fait quelques mensurations directes de la vitesse d'écoulement du sang dans les vaisseaux ombilicaux au moyen d'un appareil rappelant plus ou moins le compteur de Ludwig et Dogiel.

Dans trois expériences sur une des artères ombilicales, ils obtinrent un écoulement moyen respectivement de 0,364, 0,781 et 0,317 c. c. par seconde. Pour la veine ombilicale ils donnent le chiffre moyen de 0,0794 c.c. par seconde.

Gaz du sang. — Le sang du fœtus contient moins d'oxygène que le sang de la mère. En outre la différence entre la proportion d'oxygène de l'artère et celle de l'artère ombilicale n'est pas très considérable. Voici les chiffres :

Sang de l'artère : 6,7 vol. 0/0 et 2,3 vol. 0/0.

Sang de la veine : 6,3 vol. 0/0 d'oxygène.

La quantité de CO^2 est voisine de ce qu'elle est dans le sang de la mère. Dans une expérience le sang de l'artère ombilicale contenait 47 à 49,6 vol. 0/0 de CO^2, le sang de la veine ombilicale, 40,5 vol. de CO^3 et le sang artériel de la mère 46,7 vol. de CO^2.

Respiration. — Cohnstein et Zuntz calculent au moyen des données précédentes la valeur des échanges respiratoires pendant la vie embryonnaire. Chez le fœtus à terme pesant 3,600 grammes, la circulation placentaire laissait passer 0,73 c. c. de sang par seconde ; ou 100 c. c. fournissant au fœtus 4 c. c. d'oxygène en 137 secondes. Le fœtus de 3,600 grammes consommait donc 1,175 c.c. d'oxygène par minute ce qui fait 0,49 c.c. O par minute et par kilogramme d'animal, soit environ 12 fois moins que chez l'animal adulte.

II. — Cohnstein a étudié comparativement le sang des brebis pendant la gestation et en dehors de cet état au point de vue du nombre des globules rouges, de leurs dimensions et de leur teneur en hémoglobine. Pendant la gestation le nombre des globules sanguins se trouve diminué (9,742 222 en moyenne par millimètre cube au lieu de 12,090,000 chiffre normal). Par contre leur diamètre a notablement augmenté (6,3 micromillimètres au lieu de 4,9 micromillimètres qui est le chiffre normal), ainsi que leur teneur en hémoglobine. Aussi malgré la diminution du nombre des globules rouges, la richesse du sang en hémoglobine a notablement augmenté. Le sang des brebis pleines contient en moyenne 7,8 0/0 au lieu de 5,5 0/0 d'hémoglobine. L. FREDERICQ.

Zucker im Blute, seine Quelle und seine Bedeutung (Sur le sucre du sang, son origine et sa signification), par J. SEEGEN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 388).

Nous nous bornons à reproduire ici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Le sucre de raisin est un constituant normal du sang (confirmation nouvelle d'un fait généralement admis) ;

2° Le sang contient toujours une proportion notable de sucre 0,1 à 0,15 0/0 chez le chien ;

3° La proportion de sucre est la même dans le sang du cœur droit et dans le sang artériel (carotide). Les différences présentées sous ce rapport par le sang artériel et le sang veineux ne sont pas constantes et restent comprises entre des limites fort étroites. Seul le sang de la veine porte contient presque toujours moins de sucre que le sang de la carotide ;

4° Le sang qui revient du foie contient deux fois autant de sucre que le sang qui arrive au foie. Seegen trouve en moyenne (13 cas) 0,119 0/0 de sucre dans le sang de la veine porte et 0,230 0/0 dans celui des veines sus-hépatiques;

5° La mesure de la quantité de sang qui s'écoule par la veine porte, montre que la circulation hépatique est des plus actives. Chez les trois animaux qui servirent à ces expériences et qui pesaient 7, 10 et 41 kilogrammes, il devait passer respectivement 179, 233 et 433 litres de sang à travers le foie pendant les 24 heures. En admettant que le sang se charge en moyenne de 0,1 0/0 de sucre dans le foie, cet organe déverserait dans la circulation générale respectivement 179, 233 et 433 grammes de sucre par jour chez les trois animaux en question;

6° Les albuminoïdes de l'alimentation constituent (au moins chez les animaux carnivores) la source exclusive du sucre du sang.

La plus grande partie du carbone contenu dans la viande digérée par l'animal est employée à fabriquer ce sucre;

7° Dès qu'on supprime le foie, on voit décroître d'une façon continue la proportion de sucre contenu dans le sang;

8° Comme le sucre n'est pas excrété au dehors, il faut admettre qu'il est consommé dans le corps. Cette décomposition du sucre a son siège dans toutes les parties du domaine de la circulation, c'est-à-dire dans le corps entier;

9° La formation du sucre dans le foie et sa décomposition dans le sang ou dans les organes irrigués par le sang, constituent une des fonctions les plus importantes de la nutrition organique;

10° La ligature de la veine cave dans la cavité abdominale provoque une augmentation considérable de la teneur en sucre du sang de la carotide; ce sang devient aussi riche en sucre que celui des veines sus-hépatiques. Des recherches ultérieures auront à déterminer la cause de ce phénomène remarquable. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Aufnahme von Sauerstoff bei erhöhtem Procentgehalt desselbem in der Luft (Sur l'absorption de l'oxygène lorsque sa quantité pour cent augmente dans l'air), par S. LUKJANOW (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd VIII, p.* 313, 1884).

L'importance de cette question a conduit Lukjanow à reprendre une série d'expériences sur ce sujet. Il expérimenta sur des rats, des cochons d'Inde, des chiens, des chats, des pigeons et des serins.

Il a employé un appareil, dont le principe est semblable à celui de Regnault et Reiset. Nous renvoyons au mémoire original, pour la description des appareils et le détail des expériences.

Il arrive à des conclusions qui se rapprochent de celles de Regnault et Reiset.

L'élévation de la tension de l'oxygène dans l'air expiré ne conduit pas nécessairement à une augmentation de l'absorption de l'oxygène. Une dépendance directe n'existe donc pas entre cette dernière et l'augmentation de la quantité d'oxygène de l'air de la respiration.

Si l'élévation de la tension de l'oxygène n'occasionne pas une augmentation de l'absorption de l'oxygène, il est cependant possible que, dans

certains cas, ce résultat ait un avantage. Il peut se trouver des circonstances où une plus haute tension du gaz soit favorable. Dans les troubles de la fonction respiratoire liés à une gêne de la circulation, quand les organes ne reçoivent plus la quantité d'oxygène nécessaire, l'augmentation de la tension de l'oxygène peut produire des effets avantageux. On peut donc admettre que, quoique l'absorption ne soit nullement dépendante de la tension de ce gaz, il peut se trouver des circonstances dans lesquelles l'organisme absorbe plus d'oxygène dans une atmosphère plus riche en oxygène que dans l'air ordinaire.

Après une saignée, il y a augmentation de l'absorption de l'oxygène. Cette augmentation est la même quand les animaux respirent dans l'atmosphère ordinaire ou dans l'air contenant 60 à 80 0/0 d'oxygène. Dans la fièvre septique, on n'a pas constaté davantage l'influence de l'augmentation de la tension sur l'absorption de l'oxygène. E. HARDY.

Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de l'urée..... par A. DARIER (*Rev. médic. de la Suisse romande III*, 65 *et* 121, *février et mars* 1883).

A l'état physiologique, la quantité d'urée est en rapport direct avec la nutrition générale et l'activité des processus vitaux.

L'alimentation azotée augmente la quantité d'urée peu après l'ingestion des aliments; le maximum tombe entre la 5e et la 7e heure après le repas; il est d'autant plus élevé et plus tardif que le repas a été plus copieux et plus animalisé. Toutefois, dans les deux premières heures, il y a diminution de l'urée, quand on a bu en mangeant, de l'alcool, du vin ou du café.

Le travail musculaire n'a qu'une action indirecte sur la production de l'urée, en activant les processus vitaux.

Les hydrocarbures, les graisses, l'alcool, les aliments d'épargne retardent la production d'urée en ralentissant la combustion des aliments azotés.

Chez l'homme sain, les inhalations d'oxygène diminuent l'urée, tandis qu'elles l'augmentent chez les chlorotiques.

Le chlorure d'ammonium, l'iodure de potassium accroissent l'élimination d'urée, tandis que les alcalins (expériences personnelles) la diminuent.

Trois ordres de faits pathologiques font varier la quantité d'urée excrétée par les urines :

1° L'état fébrile qui, activant les combustions, augmente considérablement la production de l'urée, si le foie et les reins ne sont pas altérés;

2° Les lésions des reins qui, lorsqu'elles sont profondes, mettent obstacle à la filtration de l'urée;

3° L'état du foie qui, s'il est hyperémié, soit après la ponction d'un kyste comprimant son parenchyme, soit par irritation locale, par le passage de substances septiques résorbées dans le domaine de la veine porte (dysenterie, entérite ulcéreuse, typhlite suppurée, péritonite), soit encore dans l'ictère simple, la congestion hépatique, etc., provoque une hypersécrétion d'urée considérable.

Au contraire, toutes les affections du foie qui ralentissent sa circulation, diminuent conséquemment la production de l'urée (cirrhose, tumeurs, etc.). J. B.

Ueber den Mechanismus der Fettresorption (Sur le mécanisme de la résorption des graisses), par Otto WIEMER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 515).

Otto Wiemer fait un résumé historique des différents travaux se rapportant à la question de l'absorption des graisses par la muqueuse intestinale. On sait que Schäfer, Zawarykin et Watney ont récemment émis sur ce sujet une théorie nouvelle. D'après Zawarykin les globules de graisse émulsionnée contenus dans l'intestin ne pénètrent pas dans la profondeur à travers la substance même des cellules du revêtement épithélial. L'absorption de la graisse serait exclusivement le fait des cellules lymphatiques contenues dans l'épaisseur de la muqueuse, ces cellules se dirigeraient vers la lumière de l'intestin, pénétreraient entre les cellules épithéliales et viendraient à la surface libre se charger de granules de graisse pour retourner par le même chemin et gagner ensuite les vaisseaux lymphatiques. Une théorie analogue avait été émise par A. Schäfer dès 1876. Les recherches de Wiemer avaient spécialement pour but de vérifier l'exactitude des faits avancés par Zawarykin. Il a constaté que le tissu sous-épithélial et les espaces séparant latéralement les différentes cellules épithéliales les unes des autres présentaient fréquemment des globules blancs dont quelques-uns renfermaient quelques granules de graisse, que l'intestin contint ou non de la graisse. Les cellules épithéliales au contraire qui d'ordinaire ne contiennent pas de graisse, se remplissent de traînées de globulins de graisse pendant la digestion de cette substance. Wiemer admet donc que c'est bien à travers les cellules épithéliales que la graisse passe pour se rendre dans la profondeur (conformément à l'opinion de Virchow, de Kölliker, etc.). Le protoplasme de ces cellules présente d'après Brettauer et Steinach, Heidenhain, von Thanhoffer, etc., du côté de la lumière de l'intestin, une série de prolongements bâtonnoïdes mobiles, exécutant des mouvements actifs. Les mouvements de ces prolongements auraient pour résultat de saisir les particules de graisse et de les faire pénétrer à l'intérieur même de la cellule épithéliale. L. F.

Zur Lehre von der Resorption, Bildung, und Ablagerung der Fette im Thierkörper (Résorption, formation et assimilation des graisses dans l'organisme animal), par Immanuel MUNK (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Bd XCIV, Heft* 3, *p.* 407, 1884).

Les graisses prises en aliment se dédoublent sous l'influence du suc pancréatique en acides gras et en glycérine. Le canal thoracique contient, outre des globules graisseux des acides gras en solution. Ces acides gras peuvent, dans l'organisme, reproduire par synthèse des corps gras en se combinant de nouveau à de la glycérine. Quand les graisses proviennent de végétaux ou d'animaux d'une espèce différente, les acides gras résultant du dédoublement de ces graisses subissent une transformation, telle que la graisse produite a en grande partie les propriétés physiques et chimiques de la graisse de l'animal en expérience. P. GALLOIS.

Zur Theorie des Wiederkauens (Contribution à la théorie de la rumination), par B. LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 295).

Les belles recherches de Chauveau et Toussaint nous fournissent une description complète des actes mécaniques de la rumination. Par contre nous ne savons rien ou presque rien des conditions nerveuses de ce processus physiologique. Il faut pour que la rumination s'établisse convenablement que l'animal soit dans un calme complet. La moindre émotion, la plus légère excitation de l'animal suffisent pour arrêter le phénomène. On pourrait donc être tenté à première vue de considérer la rumination comme un acte purement volontaire, puisque l'état psychique du sujet exerce une si grande influence sur elle. Il n'en est rien cependant comme le prouvent les expériences de Luchsinger. Le phénomène complet de la rumination (occlusion de la glotte, contraction du diaphragme et des parois abdominales, puis mouvements de mastication des mâchoires, insalivation et finalement mouvement de déglutition) doit être considéré comme une série d'actes purement réflexes, ayant pour point de départ l'irritation des nerfs sensibles de la panse. La voie nerveuse centripète est représentée par le pneumogastrique. Les différents centres nerveux sont situés dans la moelle allongée ; les voies nerveuses centrifuges sont les nerfs moteurs des muscles qui interviennent et les nerfs sécrétoires des glandes salivaires.

Les expériences de Luchsinger ont été faites sur des chèvres adultes, chez lesquelles l'influence du cerveau était mise hors de cause par une narcose profonde (injection de 0,06 gr. de chlorhydrate de morphine dans la jugulaire). Le larynx mis à nu est fendu longitudinalement pour permettre l'observation des mouvements des cordes vocales, une canule de verre est fixée dans la trachée, puis les parois abdominales sont divisées de manière à permettre l'observation du diaphragme et de la panse.

Dans ces conditions, on provoque avec la plus grande facilité toute la série des mouvements qui constituent l'acte de la rumination, en excitant artificiellement les nerfs sensibles de la panse (pression exercée par le plat de la main sur la surface de la panse, excitation électrique de la paroi, distension mécanique des parois par une injection d'eau tiède). On pourrait être tenté de ne considérer que l'ascension et la régurgitation du bol comme réflexe stomacal et d'admettre que les mouvements de mastication et la sécrétion de la salive sont des réflexes secondaires provoqués par l'arrivée du bol alimentaire dans la bouche. Fait très remarquable, la mastication, la salivation et les mouvements de déglutition qui suivent, s'établissent encore alors que l'œsophage a été coupé en travers et que le bol venant de la panse est versé en dehors et n'arrive plus à la bouche. Il s'agit donc bien de réflexes stomacaux.

La section des pneumogastriques empêche la production du réflexe de rumination (fait déjà connu de Flourens), en supprimant la voie nerveuse centripète. Une foule d'influences nerveuses sensibles empêchent le phénomène de se produire, par action d'inhibition sur les centres de la moelle allongée. Les émotions, l'état psychique du sujet agissent de la même façon pour suspendre les réflexes de rumination.

La rumination peut être considérée comme une espèce de vomissement réglé de manière à ne rejeter en une fois vers la bouche qu'une quantité limitée d'aliments pouvant être convenablement mâchés. Si l'on introduit la main dans la panse par une ouverture de la paroi, on peut constater au toucher que la gouttière œsophagienne se ferme dès que le bol a été projeté vers le haut. La tunique musculaire de la panse ne paraît pas intervenir dans la projection du bol. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Innervation des Pylorus, par OSER (*Centrbl. f. die medic. Wiss.*, 28 *juin* 1884).

Oser introduit, par l'estomac ou le duodénum, une plume myographique en communication avec l'appareil enregistreur de Basch, dans l'anneau pylorique chez de jeunes chiens curarisés et soumis à la diète depuis 24 heures. Il obtient les résultats suivants :

Que les nerfs vagues et sympathiques soient coupés ou laissés intacts, le pylore présente des contractions d'intensité et de nombre très variable. L'excitation du vague au cou provoque toujours une contraction d'autant plus énergique et plus longue que l'excitation est plus forte. Rarement il se produit dans ces cas deux contractions successives. L'excitation des splanchniques dans la cavité thoracique arrête les contractions pyloriques. Au bout d'une ou deux minutes, l'effet maximum est obtenu et le pylore est au repos; puis l'action de l'excitation des splanchniques s'épuise progressivement : les contractions reprennent, de plus en plus fortes, si bien qu'à la fin de la 3e minute elles ont recouvré leur force initiale.

Quand on excite à la fois les deux nerfs, le pylore continue toujours à se contracter, quoique avec moins d'énergie qu'à l'état normal, alors même que l'excitation du nerf splanchnique est très forte et celle du vague très faible. Mais, au moment où l'on cesse d'exciter les deux nerfs, la pause se produit; et alors le nerf vague est sans action sur les mouvements pyloriques.

Le splanchnique gauche paraît avoir une influence beaucoup plus marquée sur les contractions du pylore que celui du côté droit.

L. D.-B.

Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes (La périodicité du processus vital chez la femme), par Carl REINL (*Sammlung klinischer Vorträge*, *n*° 243, 1884).

D'après Goodman, les principaux phénomènes de la vie chez la femme présentent dans leur marche une véritable périodicité; cette périodicité est très nettement caractérisée dans les fonctions de la vie sexuelle. Cette théorie de Goodmann a reçu une première confirmation des recherches de Me Mary Putnam Jacobi. Ces recherches portaient sur la marche de la température du pouls, de la force musculaire, de la pression sanguine de la sécrétion urinaire, et sur les rapports de ces divers phénomènes avec la menstruation. Les recherches de l'auteur ont porté spécialement sur les rapports de la température avec la menstruation : sur une série de 18 sujets, l'auteur a recherché quelles modifications présentait la courbe thermométrique avant, pendant et après la menstruation, et quelle

influence exerçaient sur la courbe thérmométrique les affections de l'appareil sexuel et la laparotomie.

A l'état normal (8 observations) la température présente dans les jours qui précèdent la menstruation une marche ascensionnelle dont le sommet précède d'un ou deux jours l'apparition des règles. L'augmentation maximum a varié de + 0,04 à + 0,40 degré centigrade le matin, de + 0,02 à + 0,30 le soir.

La menstruation coïncide avec la période descensionnelle de la température.

La température descend plus bas dans la période post-menstruelle que dans la période prémenstruelle.

Le tracé de la température prend donc à chaque menstruation la forme d'une ondulation et le début de la menstruation ne coïncide pas avec le sommet, mais avec un point déterminé (l'union du premier 1/2 avec le deuxième) de la ligne de descente.

Ce tracé se reproduit encore dans ses parties essentielles, alors même que les organes génitaux sont le siège de lésions pathologiques. C'est ce que l'auteur a constaté dans 7 cas d'affections chroniques, la plupart apyrétiques des organes génitaux. Dans deux cas où il n'y avait pas de lésion matérielle, mais où la menstruation était profuse et accompagnée de troubles généraux graves, le début de la menstruation coïncidait avec le fastigium. Dans trois cas d'inflammations chroniques des ovaires, des trompes, des annexes ligamenteux avec inflammation chronique du péritoine et retour régulier des règles, le tracé menstruel présentait absolument le type normal. La forme du tracé ne s'est trouvé sensiblement modifiée que dans deux cas d'ovarite chronique avec irrégularité de la menstruation (intervalles de 5 semaines à 2 mois).

Les observations de laparotomie sont au nombre de 3 : 1° ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, conservation de l'ovaire gauche ; 2° et 3° castration en vue d'arrêter les hémorragies dues à un gros fibrome du col. Dans les trois cas l'opération pratiquée dans la période prémenstruelle parait avoir eu pour résultat d'élever l'ascension correspondant à la première courbe menstruelle. — L'ablation d'un seul ovaire avec conservation de l'autre et retour régulier de la menstruation ne modifie en rien la forme du tracé menstruel. — A la suite de la castration, et bien que dans les deux cas les règles n'aient pas reparu, le tracé menstruel s'est reproduit avec sa forme normale. H. DE BRINON.

Recherches sur la maturation de l'œuf et la fécondation, par Ed. van BENEDEN (*Archives de Biologie, T. IV, fasc. 2 et 3, 1883*).

Malgré les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années sur les phénomènes qui précèdent et accompagnent la fécondation de l'œuf, il existe encore un grand nombre de points sur lesquels les auteurs ne sont pas d'accord, par suite de la difficulté que présente la constatation des faits. Dans le but de vérifier et de compléter les observations de ses devanciers, Ed. van Beneden a choisi comme objet d'étude l'ascaride du cheval (*Ascaris megalocephala*), animal qu'on peut se procurer facilement, qui présente dans ses organes génitaux des œufs à tous les degrés de développement et dont les spermatozoïdes, en raison de

leurs dimensions et de leur constitution, sont bien plus faciles à suivre dans l'œuf que ceux des autres animaux. Nous ne pouvons donner ici que les principales conclusions de cet important et volumineux mémoire, qui a près de 400 pages et est accompagné de 13 planches.

L'étude de l'œuf ovarien de l'ascaride du cheval révèle une structure très complexe, mais qui permet de retrouver dans cet œuf les parties constitutives d'une cellule ordinaire. L'œuf présente une symétrie monaxone; son axe organique se termine par deux pôles dissemblables, dont l'un est le pôle d'imprégnation. Les spermatozoïdes présentent aussi un axe à pôles dissemblables. Pendant sa maturation et la formation des globules polaires, aussi bien qu'au moment de la première segmentation, l'œuf conserve une symétrie bilatérale; mais Ed. van Beneden n'a pu voir si l'axe de symétrie de l'œuf était le même que celui de l'embryon.

On peut distinguer dans le corps cellulaire un réseau auquel se rattache une couche limitante externe, et des éléments remplissant les mailles du réseau. Ces éléments (sphères hyalines, gouttelettes homogènes, corps réfringents) constituent le deutoplasma; ils se forment secondairement dans le protoplasma, qui, au début, constitue à lui seul le corps cellulaire. Ce protoplasma est formé lui-même de fibrilles moniliformes, constituant un *treillage protoplasmique*, dont les mailles sont remplies d'une substance interfibrillaire ou *hyaloplasme*. Une structure semblable existe dans la portion caudale des spermatozoïdes, et serait, d'après l'auteur, la structure interne de tout protoplasma contractile. Dans les noyaux des cellules on retrouve une disposition à peu près semblable; leur membrane et leur charpente réticulée sont formées de filaments moniliformes, dont les grains sont les *nucléomicrosomes* de Strasburger. La substance chromatique de Flemming se trouve abondamment répandue dans la charpente et dans la membrane du noyau; elle imbibe les nucléomicrosomes et les fibrilles, mais sa répartition y est très inégale. Partout où la chromatine imbibe les filaments achromatiques, les nucléomicrosomes forment de gros globules plus ou moins rapprochés, et constituant alors des cordons noueux. La membrane et la charpente du noyau sont donc des parties d'une seule et même formation; elles passent successivement, dans le cours de l'évolution nucléaire, par la phase chromatique ou achromatique, suivant qu'elles s'imbibent de chromatine ou qu'elles abandonnent cette substance. La substance qui remplit les mailles de réticulum nucléaire est le suc nucléaire, qui, à certain moment, peut aussi présenter de l'affinité pour les matières colorantes. La substance chromatique du noyau peut aussi, dans certains cas, se disséminer dans le protoplasma cellulaire, principalement pendant la karyokinèse.

La vésicule germinative de l'œuf est un noyau qui diffère des noyaux ordinaires par la concentration de la substance chromatique en un corps sphéroïdal unique, le corpuscule germinatif, généralement appelé nucléole de l'œuf. Quant à la substance achromatique, elle se montre constituée de deux parties : une zone bien différenciée qui entoure le corpuscule germinatif, et qui se maintient autour de lui pendant tous les stades ultérieurs de la maturation de l'œuf : c'est le *prothyaloïde*. L'autre partie, qui a une structure treillissée est la *portion accessoire*.

Contrairement à l'opinion de ses devanciers, Ed. van Beneden pense que dans la formation des globules polaires, il ne s'agit pas d'une divi-

sion karyokinétique; les figures complexes qui se produisent dans le vitellus pendant la formation des globules polaires sont différentes des images caractéristiques de la division cellulaire : l'auteur leur donne le nom de figures *pseudo-karyokinétiques*. Le plan suivant lequel s'opère la division passe par l'axe de la figure dicentrique, et est par conséquent normal à l'équateur, tandis que dans la division cellulaire ce plan répond à l'équateur de la figure dicentrique. De plus, dans les figures pseudo-karyokinétiques on n'observe ni stade de pelotonnement, ni stade stellaire de la substance chromatique; enfin les figures achromatiques diffèrent aussi de celles de la karyokinèse.

L'œuf avant sa maturation est hermaphrodite, comme toute cellule; pendant sa maturation, il rejette ses éléments mâles sous forme de globules polaires.

Dans l'immense majorité des cas, il ne pénètre dans l'œuf qu'un seul spermatozoïde. Le zoosperme entre par le pôle d'imprégnation; en ce point le protoplasma ovulaire est à nu, ce qui constitue un véritable micropyle. Le zoosperme et l'œuf s'accolent l'un à l'autre par les points correspondants de leurs corps protoplasmiques; leurs axes se trouvent, au moment de la copulation, dans une même direction. La pénétration est probablement le résultat de l'action combinée des deux éléments. Le spermatozoïde exécute des mouvements amiboïdes particuliers. Le bouchon d'imprégnation fait saillie à la surface de l'œuf; le spermatozoïde s'y fixe, puis l'un et l'autre sont attirés vers l'intérieur par le protoplasma ovulaire. La membrane du spermatozoïde se soude par son bord libre aux lèvres du micropyle; par là se constitue une membrane ovo-spermatique qui ferme le micropyle. Le zoosperme s'enfonce dans l'œuf et, devenu central, exerce une action particulière sur le vitellus. Celui-ci s'obscurcit au contact du spermatozoïde, et cette différenciation s'étend concentriquement du centre vers la surface de l'œuf. Il semble que l'élément mâle attire à lui une partie du corps ovulaire, tandis qu'une autre partie se rattache plus particulièrement à la vésicule germinative.

Le pronucléus mâle se forme aux dépens du spermatozoïde entier, de son noyau chromatique et de la couche achromatique qui l'entoure.

Le pronucléus femelle prend naissance, après la formation du second globule polaire, aux dépens des éléments chromatiques et du corps achromatique de la vésicule germinative.

Les deux pronucléus se rapprochent l'un de l'autre, mais ne se fusionnent pas; par le fait de leur maturation progressive, ils acquièrent la constitution de noyaux ordinaires. L'essence de la fécondation ne réside donc pas dans la conjugaison de deux éléments nucléaires, mais dans la formation de ces éléments dans le *gonocyte* femelle. L'un de ces noyaux dérive de l'œuf, l'autre du zoosperme. Les éléments nucléaires expulsés sous forme de globules polaires sont remplacés par le pronucléus mâle, et dès que deux demi-noyaux, l'un mâle, l'autre femelle se sont constitués, la fécondation est accomplie.

A la suite d'une série de transformations que subit la charpente nucléaire de chacun des pronucléus, transformations identiques à celles qui se produisent dans un noyau en voie de division, chaque pronucléus donne naissance à deux anses chromatiques. Les quatre anses interviennent dans la formation de l'étoile chromatique (plaque nucléaire); mais

elles restent distinctes. Chacune d'elles se divise longitudinalement en deux anses secondaires jumelles.

Les noyaux des deux premiers blastomères reçoivent chacun une moitié de chaque anse primaire, soit quatre anses secondaires, dont deux mâles et deux femelles. Il ne se produit donc pas de fusion entre la chromatine mâle et la chromatine femelle à aucun stade de la division. Ed. van Beneden pense qu'il en est peut-être de même dans tous les noyaux divisés, et que les noyaux cellulaires de tous les tissus sont hermaphrodites.

F. HENNEGUY.

CHIMIE MÉDICALE.

I. — **Neue Reaktion der Aldehyde** (**Une nouvelle réaction des aldéhydes, par P. PENZOLDT et Emil FISCHER** (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XVI, p.* 657, 1883).

II. — **Zu Verhalten der Aldehyde, des Traubenzuckers, der Peptone, der Erweiskörper und des Acetons gegen Diazobenzolsulfonsäure** (**Réaction de l'aldéhyde, de la peptone, des corps albuminoïdes et de l'acétone sur l'acide diazobenzolsulfonique**), **par PETRI** (*Zeitschrift für physiologisch. Chemie., Bd. VIII, p.* 291, 1884).

I. — Quand on mélange une urine diabétique avec la solution alcaline du dérivé sulfoné de diazobenzol (acide sulfanilique), après 10 à 15 minutes, on observe que la liqueur prend une coloration rouge qui acquiert peu à peu une teinte violette : une solution de glucose pur donnant le même phénomène, les auteurs ont cherché son origine. Ils ont constaté que tous les corps possédant une fonction aldéhydique fournissent la même coloration dans les conditions indiquées, et que cela est assez caractéristique pour servir à reconnaître un aldéhyde.

Pour obtenir la réaction en question dans les meilleures conditions de sensibilité, on doit opérer de la manière suivante :

On emploie l'acide diazobenzol sulfonique à l'état cristallin. On le dissout dans 60 fois son poids d'eau froide additionnée d'un peu de lessive de soude ; on ajoute l'aldéhyde mélangé à une solution alcaline, ainsi qu'un petit fragment d'amalgame de sodium, et on abandonne le tout pendant quelque temps. On voit, après 10 minutes environ, se développer une coloration rouge violacé, analogue à celle de la fuchsine.

On peut ainsi reconnaître dans un liquide la présence de 1/3,000 d'aldéhyde benzoïque.

L'acétone et l'acide acétylacétique donnent dans les mêmes conditions une coloration rouge foncé sans aucune apparence de violet.

II. — L'acide diazobenzolsulfonique, sous l'influence du sucre de raisin et d'une solution alcaline de peptone, se colore très fortement. Penzoldt regarda la production de cette teinte comme un nouveau caractère du sucre. Penzoldt et Fischer ont dit que cette réaction peut servir à reconnaître les aldéhydes. Petri a étudié les spectres de cette

matière colorante rouge, dans un travail sur les acides diazoïques ; ses recherches ont été confirmées par Escherich.

Jusqu'à présent, on n'a pu isoler cette matière colorante ; toutefois, l'auteur est arrivé à trouver quelques réactions qui lui sont propres. Et il en conclut que la belle matière colorante rouge fuchsine qui se développe par l'action des acides diazoïques doit être regardée comme identique, quand elle se produit avec l'aldéhyde ou avec le sucre de raisin.

1° *Réaction de l'aldéhyde et du sucre de raisin.* Les aldéhydes de la série grasse et le sucre de raisin en solutions étendues donnent avec une solution d'acide diazobenzolsulfonique une coloration rouge de fuchsine qui se développe après 10 ou 20 minutes. En chauffant, la coloration apparaît plus vite. La présence d'un alcali fixe est nécessaire, l'ammoniaque ne la produit pas. L'acide diazoïque, le sucre et l'alcali doivent être d'ailleurs en proportions convenables.

Les aldéhydes aromatiques, comme l'ont montré Penzoldt et Fischer, donnent la même réaction sous l'influence de l'amalgame de sodium. Cette dernière substance hâte aussi la réaction quand on emploie les aldéhydes de la série grasse.

Les solutions suffisamment étendues laissent apparaître deux bandes d'absorption, l'une en D plus étroite, et une seconde dont le maximum est en G.

Sous l'influence des agents réducteurs, amalgame de sodium ou poudre de zinc, la coloration violette disparaît; elle se reforme en présence de l'oxygène.

2° *Nouvelle réaction de la peptone.* La peptone et les substances albuminoïdes donnent également des colorations avec les solutions alcalines d'acide diazoïque. Elles sont surtout marquées avec les peptones.

L'étude spectroscopique montre une différence complète avec les solutions d'aldéhyde et de sucre. Les spectres des solutions concentrées s'éclaircissent sans former de bande d'absorption quand on les étend d'eau.

3° *Réaction de l'acétone.* L'acétone, en solution aqueuse avec les acides diazoïques et les alcalis, donne une coloration rouge, mais à laquelle manque la teinte bleue.

Cette teinte se comporte comme les matières colorantes ayant l'apparence de la fuchsine. Les acides l'affaiblissent et elle reparaît par l'action des alcalis. E. HARDY.

Ueber das Verhalten der Eiweissstoffe zu Salzen von Alkalien und von alkalischen Erden (Action des sels des métaux alcalins et alcalino-terreux sur les substances albuminoïdes), par A. HEYNSIUS (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 330).

Heynsius a étudié l'action des différents sels des métaux alcalins ou alcalino-terreux sur les substances albuminoïdes du sérum ou du blanc d'œuf. Ces substances ne sont pas précipitées si l'on sature le liquide par les différents phosphates, l'oxalate, l'acétate, etc., d'ammoniaque. Parmi les nitrates, seul celui de sodium produit un précipité quelque peu considérable. De tous les chlorures essayés, celui de calcium fournit le précipité le plus important, puis vient le chlorure de magnésium, puis

celui de sodium ; le chlorure de calcium ne produit qu'un léger trouble ; celui d'ammoniaque est sans action.

Les sulfates de potassium et de sodium produisent un certain trouble. On sait que celui de magnésium est censé précipiter la paraglobuline seule, et que celui de sodium précipite à chaud l'albumine du sérum (Denis, Starke, Schäfer). D'après Heynsius, le sulfate d'ammoniaque précipite intégralement toutes les substances albuminoïdes du sérum, du blanc d'œuf, du lait, etc., ainsi que la peptone et la propeptone. Le fait avait déjà été signalé par Méhu en ce qui concerne les substances albuminoïdes. Le sulfite d'ammoniaque et le bisulfate de sodium auraient la même action. Le bisulfate d'ammoniaque ne précipiterait pas complètement les substances albuminoïdes.

Tous ces précipités (à l'exception de celui fourni par $CaCl_2$) de substances albuminoïdes se redissolvent dans l'eau ou les solutions salines. Ajoutons qu'on a depuis longtemps signalé le fait de la précipitation intégrale des matières albuminoïdes par le carbonate de potassium. Nous ne reproduisons pas les considérations théoriques que Heynsius rattache aux faits nouveaux découverts par lui. LÉON FREDERICQ.

I. — **Die Metaphosphorsäure und ihre Verwerthbarkeit als Eiweissreagens des Harns (Application de l'acide métaphosphorique à la recherche de l'albumine dans l'urine), par C. HINDENLANG** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 15, p. 206, 11 *avril* 1881).

II. — **Ein Fall von Hemialbuminose im Harn, par P. FUETER-SCHNELL** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 3, *p.* 64, 1er *février* 1883).

I. — L'acide métaphosphorique, dont la propriété de coaguler l'albumine a été signalée dès 1826 par Engelhardt et Berzelius, se présente, dans le commerce, en bâtons, transparents comme verre, facilement solubles dans l'eau, surtout chaude. La transformation en acide orthophosphorique (qui ne précipite pas l'albumine) s'opère lentement dans les solutions aqueuses d'acide métaphosphorique, plus rapidement quand on les chauffe.

Par de nombreuses expériences, Hindenlang s'est assuré que l'acide métaphosphorique précipitait bien l'albumine de l'urine et ne précipitait aucune autre substance introduite accidentellement dans l'économie et passant dans l'urine.

Mais comme le trouble produit par l'acide métaphosphorique dans une urine faiblement albumineuse est plus net qu'avec les autres réactifs usuels, il était vraisemblable que cet acide précipitât des modifications de l'albumine autres que les autres procédés de recherche.

Hindenlang a trouvé en effet que l'acide métaphosphorique précipite les peptones stomacales, tandis que la réaction est à peine sensible pour les peptones pancréatiques.

Du reste, pour ces deux espèces de peptones, la réaction est encore plus marquée quand on emploie les acides phosphotungstique ou phosphomolybdique.

Le mode d'emploi de l'acide métaphosphorique à la recherche de l'albumine est des plus simples. On dissout un petit fragment d'acide dans 3 centimètres cubes d'eau froide, et l'on verse cette solution dans l'urine, sans chauffer (*R. S. M.*, XVII, 36).

II. — La propeptone ou hémialbuminose, signalée il y a 35 ans par Macynter et Bence Jones dans l'urine des ostéomalaciques et plus récemment encore dans la même maladie, par Langendorff et Mommsen, a été trouvée par Leube dans un cas d'albuminurie avec urticaire, et par Hofmeister dans les suppurations.

La réaction la plus caractéristique est celle-ci :

Quand on chauffe une urine contenant de l'hémialbuminose jusqu'à ébullition, elle ne se coagule pas. Au contraire, si l'on ajoute de l'acide acétique en excès, puis une solution concentrée de chlorure sodique, il se produit un trouble ou un précipité. Si l'on chauffe cette solution trouble, elle s'éclaircit, mais, par refroidissement, l'hémialbuminose se dépose.

Fueter a constaté la présence d'hémialbuminose dans l'urine chez une dame de 38 ans qui, sans cause appréciable et sans fièvre, avait été brusquement prise de violentes douleurs dans le dos et les lombes, avec sentiment de constriction au bas-ventre et contractions spasmodiques du diaphragme.

L'urine de cette malade était trouble, acide, pesant 1,032. Par le repos, elle donnait un sédiment de cristaux uriques, de globules rouges et de cellules épithéliales sans cylindres. Outre une quantité considérable d'albumine, cette urine renfermait, le premier jour de la maladie, une forte proportion d'hémialbuminose. Dès le lendemain, le précipité caractéristique de cette propeptone était très faible, et le troisième jour l'urine ne contenait plus ni albumine ni hémialbuminose. J. B.

Synthèse de la xanthine, par Armand GAUTIER (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *tome XIII*, *n*° 25).

Il suffit, pour obtenir la xanthine et la méthylxanthine, de chauffer en tubes scellés l'acide cyanhydrique mélangé d'eau et d'acide acétique à une température de 140 à 150°. L'équation est la suivante :

$$11CAzH + 4H^2O = \underset{\text{xanthine}}{25C^5H^4Az^4O^2} + \underset{\text{méthylxanthine}}{C^6H^6Az^4O^2} + 3AzH^2.$$

Cette synthèse de la xanthine par l'eau et l'acide cyanhydrique est totale. Elle fait prévoir celle de tous les autres corps du groupe de l'acide urique. C'est aussi un premier pas dans la synthèse des matières albuminoïdes. GASTON DECAISNE.

Ueber das Paraxanthin, einen neuen Bestandtheil des normalen menschlichen Harn (Sur la paraxanthine, nouvel élément de l'urine normale de l'homme), par Georg. SALOMON (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd. VII*, *supplément*, *p.* 63, 1884).

Salomon décrit, sous le nom de paraxanthine, une substance nouvelle qu'il a découverte dans l'urine normale de l'homme ; il a pu l'obtenir cristallisée et donne une description détaillée de ses cristaux et de leur forme géométrique.

Le principe de la méthode qui a guidé l'auteur est le suivant : on précipite par une solution ammoniacale d'argent la xanthine et la paraxanthine, qu'on sépare ensuite en utilisant leur inégale solubilité dans l'eau.

Salomon décrit longuement son procédé, et avec tous les détails nécessaires pour que ses expériences chimiques puissent être reproduites.

M. DEBOVE.

Zur Bestimmung des Alcalien im Harn (Sur la détermination des alcalis dans l'urine), par Th. LEHMANN (*Zeitchrift für physiologische Chemie, tome VIII p.* 508, 1884).

Les méthodes proposées jusqu'ici pour doser les alcalis dans l'urine, même celles de Neubauer et Vogel, sont insuffisantes et causent des pertes notables. Leehmann propose le procédé suivant :

Si l'urine a une densité moindre que 1,020 on en pèse 100 centimètres cubes; plus dense, seulement 50 centimètres cubes; on la met dans une capsule de platine et on ajoute 3 ou 4 grammes de sulfate d'ammoniaque. Un plus grand excès ne nuit pas. On évapore à sec et on calcine au rouge. L'auteur s'est assuré qu'une calcination prolongée n'amenait pas de pertes d'alcali. Les cendres sont blanches et les alcalis sont ensuite dosés par les méthodes ordinaires.

E. H.

Ueber den Quecksilbernachweis im Harn bei Anwendung verschienedener Praeparate nach einer modificirten Ludwig-Fürbringer'schen Methode, par Julius NEGA (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 19, *p.* 298, 12 *mai* 1884).

Sur deux points, Nega a modifié le procédé de Fürbringer (*R. S. M.* XIII, 455) relatif à la recherche du mercure dans l'urine.

D'abord, pour se mettre à l'abri de toute impureté éventuelle de la laine de laiton, c'est-à-dire pour la dépouiller du mercure qu'elle pourrait contenir et pour empêcher l'oxydation du cuivre, Nega la conserve dans un tube de verre scellé, après l'avoir chauffée dans un courant d'hydrogène.

Un autre inconvénient du procédé de Fürbringer est la difficulté de n'ajouter que la quantité minime d'iode nécessaire, sinon, en se volatilisant, l'iode entraîne une partie du mercure.

Nega a imaginé de laisser cette ioduration se faire spontanément. Dans le fond d'un verre, recouvert d'un carton percé de trous, il place un ou deux grains d'iode. Dans les trous du couvercle, il fixe les tubes capillaires, avec leur extrémité renflée et fermée dirigée en haut. Puis il abandonne le tout jusqu'au lendemain.

Avec son procédé, Nega parvient à déceler deux dixièmes de milligramme de sublimé introduits dans un litre d'urine.

J. B.

Ueber die chemische Zusammensetzung des Schweineharns (De la composition chimique de l'urine du porc), par Georg SALOMON (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Bd. XCV, Heft* 3, *p.* 527, 1884).

Ce travail a été fait dans le laboratoire de Salkowski.

L'urine de porc ne contient pas d'acide urique. L'auteur a recherché par quoi il était remplacé. Pecile avait pensé qu'à sa place on trouvait de la guanine. Le corps que l'on trouve en effet n'en serait pas pour Salomon. Ce n'est non plus, ni de la xanthine, ni de la créatine, ni de la créatinine, ni de l'acide sarcolatique. Il ne peut rien dire sur sa nature et ne peut affirmer absolument qu'il ne s'agisse pas d'acide hippurique.

P. GALLOIS.

Zur Darstellung und Kenntniss der Urochloralsäure sowie der chlorhaltigen Spaltungsprodukte der urochloralsäure und Urobutylchloralsäure (Préparation et propriétés de l'acide urochloralique et des produits chlorés de décomposition de l'acide urochloralique et urobutylchloralique), par R. KÜLZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 221).

R. Külz prépare l'acide urochloralique de la façon suivante : une grande quantité d'urine de personnes soumises à l'action du chloral est évaporée à consistance de sirop épais, puis agitée à différentes reprises avec de l'acide sulfurique et de l'alcool éthéré. Le liquide alcoolico-éthéré est chauffé pour chasser l'alcool et l'éther. Le résidu est précipité successivement par l'acétate neutre de plomb, puis par l'acétate basique. Ce dernier précipité est décomposé par H^2S. On filtre pour éloigner le sulfure de plomb ; on chasse H^2S par la chaleur ; on neutralise par la baryte et l'on évapore à un petit volume. On décompose l'urochloralate de baryum ainsi obtenu par l'acide sulfurique dilué. On filtre, on évapore le filtrat jusqu'à consistance sirupeuse, puis on l'abandonne sous l'exsiccateur jusqu'à cristallisation de l'acide. On purifie l'acide en le dissolvant dans une assez grande quantité d'éther bouillant. La solution éthérée réduite à un petit volume abandonne au bout de quelques heures un abondant dépôt de cristaux d'acide urochloralique pur. R. Külz a préparé de cette façon 200 grammes d'acide urochloralique.

R. Külz confirme le fait avancé par v. Mering, d'après lequel l'acide urochloralique, traité à chaud par l'acide sulfurique dilué, fournit de l'alcool éthylique trichloré.

Le procédé de préparation décrit pour l'acide urochloralique n'est malheureusement pas applicable à la préparation de l'acide urobutylchloralique.

Cet acide, traité à chaud par H^2SO^4 dilué, fournit de l'alcool butylique trichloré. R. Külz propose de donner à l'acide urochloralique le nom d'acide trichloréthylglykuronique, et à l'acide urobutylchloralique le nom d'acide trichlorbutylglykuronique. L. F.

Ueber die Bedeutung des Hydroxylgruppe (HO) in einigen Giften (Sur la signification du groupe hydroxyle (HO) dans quelques poisons), par STOLNIKOW (de St-Pétersbourg) (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 235, 1884).

Un grand nombre de travaux ont déjà montré le changement considérable des propriétés physiologiques de certains corps dans lesquels on a introduit par voie d'addition ou de substitution des groupes divers comme le radical des cyanures HCAz — l'éthyle, le méthyle, etc., les vapeurs nitreuses, l'amidogène.

Dans cette même voie, l'auteur a étudié un certain nombre de substances qui peuvent être considérées comme des phénols, et dans lesquelles l'hydroxyle (HO) peut facilement être remplacé par le groupe de l'acide sulfurique.

Morphine et acide morphinesulfonique. L'auteur a préparé un acide morphinesulfonique en dissolvant 20 grammes de morphine cristallisée

et 8 grammes de potasse caustique dans 20 à 30 centimètres cubes d'eau, et en ajoutant 15 grammes de pyrosulfate de potasse finement pulvérisée. Après huit ou dix heures la réaction est terminée. On ajoute 300 à 480 grammes d'eau et on acidule faiblement avec l'acide acétique, qui précipite l'acide morphinesulfonique, tandis que l'acétate de morphine et le sulfate de soude restent en dissolution.

L'acide morphinesulfonique forme des aiguilles blanches. Il est peu soluble dans l'eau froide, l'alcool et l'éther; soluble dans 100 parties d'eau chaude. Il ne précipite pas par le chlorure de baryum.

L'auteur fait l'étude comparative et très détaillée de l'action de cet acide sur l'économie, et la compare à celle de la morphine. Il ne lui trouve aucune action appréciable aux doses où la morphine est déjà mortelle.

Schröder a rangé les alcaloïdes de l'opium en deux groupes : l'un qui produit le narcotisme, auquel correspond la morphine et l'oxydimorphine; l'autre groupe, de la thébaïne, qui se distingue par une action tétanique et, postérieurement, par l'action narcotique. L'acide morphinesulfonique se range dans ce dernier groupe.

La formule de la morphine est $C^{17}H^{18}AzO^{2}(HO)$, celle de l'acide morphinesulfonique $C^{17}H^{18}AzO^{2}(SO^{4}H)$.

L'influence de l'hydroxyle dans le groupe de la morphine peut se formuler de la manière suivante :

1° Le caractère propre de la morphine tient à la présence du groupe hydroxyle dans sa formule de constitution. C'est à cela qu'est due la différence d'action de la morphine d'avec les autres alcaloïdes de l'opium, c'est-à-dire son action narcotique ;

2° C'est la présence de l'hydroxyle qui amène l'action toxique de la morphine.

Comme l'a montré M. Grimaud, les substances suivantes sont des éthers.

La codéine $C^{17}H^{18}AzO^{2}(OCH^{3})$; la thébaïne $C^{17}H^{18}AzO^{2}(OC^{2}H^{3})$; la choléthéline $C^{17}H^{18}AzO^{2}(OC^{2}H^{5})$.

Cette dernière, d'après les expériences de M. Bochefontaine, est toxique et donne des crampes tétaniques sur les grenouilles.

Incidemment, Stolnikow a étudié les transformations de la morphine dans l'organisme. Les auteurs sont partagés sur ce sujet. En employant différents procédés, quelquefois même une méthode identique, ils sont arrivés à des résultats contradictoires. Les uns admettent que la morphine passe dans les urines, les autres le nient complètement. Après avoir constaté ces résultats et analysé en détail ces divers travaux et les méthodes employées, Stolnikow s'est demandé si ces divergences ne tiendraient pas à la formation d'acide morphinesulfonique. Il a reconnu, en effet, qu'en cherchant comparativement la morphine dans les mêmes urines divisées en deux parties par le procédé de Draggendorff, l'un directement, l'autre après avoir chauffé auparavant l'urine avec de l'acide chlorhydrique pour décomposer les acides sulfoconjugués, cette dernière portion donnait toujours les réactions de la morphine. Elle manquait souvent dans l'autre portion.

En se servant d'alcool amylique, il a pu retirer en nature l'acide morphinesulfonique.

L'auteur a aussi cherché la morphine dans la salive d'un étudiant en

médecine, qui prenait en injection par le rectum 1/6 de gramme de morphine par jour. Il parvint à extraire la morphine par le procédé de Draggendorff, et en constata les diverses réactions avec le produit obtenu.

Phénol. Le phénol a pour formule $C^6H^5(HO)$; il contient un hydroxyle et est très toxique.

L'acide phénylsulfureux $C^6H^5(OHSO^3)$ est, proportionnellement, beaucoup moins toxique.

Pyrogallol et phloroglucine. Le pyrogallol et la phloroglucine

$$C^6H^3(\cdot OH)^3$$

représentent de la benzine dans laquelle 3 parties d'hydrogène sont remplacées par de l'hydroxyle, mais dans des positions différentes pour chacun de ces deux corps. Ils sont tous les deux toxiques et plus que le pyrogallomonosulfovinate de potasse $C^6H^3(OH)^2(OKSO)^3$. Ce dernier, d'ailleurs, est plus toxique que le phénylsulfate de potasse.

Résorcine. La résorcine $C^6H^4(OH)^2$ est également plus toxique que le résorcidisulfovinate de potasse $C^6H^4\begin{cases}O\text{-}SO^2\text{-}OK\\O\text{-}SO^2\text{-}OK\end{cases}$.

Des considérations qui précèdent l'auteur conclut que la toxicité des corps étudiés plus haut réside dans la présence du groupe (HO) hydroxyle. Si on remplace l'hydroxyle par d'autres substances et particulièrement par le groupe de l'acide sulfurique, on obtient des substances beaucoup moins toxiques. E. HARDY.

Ueber die Bildung der Mercaptursäuren im Organismus und ihre Erkennung im Harn (Sur la formation de l'acide mercapturique dans l'organisme et la manière de le reconnaître dans l'urine), par E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 190, 1884).

L'urine des chiens et des autres animaux qui reçoivent dans leur nourriture du chloro- ou du bromo-benzol contient des acides sulfurés encore non décrits qui se déposent en beaux cristaux.

Ces acides, décomposés par les alcalis, donnent du mercaptan, d'où le nom d'acides mercapturiques par lequel on peut les désigner, ont pour formule $C^{11}H^{12}BrSAzO^3$ et $C^{12}H^{12}ClSAzO^3$. L'étude de ces acides est d'autant plus intéressante qu'ils peuvent être considérés comme des dérivés de la cystine. Toutefois, ces acides ne doivent pas être regardés comme existant naturellement dans l'urine, mais seulement comme les produits de décomposition d'une substance plus altérable, encore inconnue, dont le principal caractère est de dévier fortement vers la gauche le rayon de lumière polarisé.

On évapore l'urine d'un chien nourri avec du chlorobenzol ; on reprend par l'alcool et on précipite par l'éther. On redissout la matière dans l'alcool, et on précipite de nouveau par l'alcool, et on répète plusieurs fois ce traitement ; on obtient ainsi une substance colorée en jaune qui renferme le sel de potasse d'une combinaison déviant fortement à gauche la lumière polarisée. Par décomposition, en ajoutant de l'acide sulfurique, on recueille l'acide mercapturique libre et complètement insoluble. On n'a pu obtenir d'autres sels.

Si on ajoute à la substance active primitive de l'acide sulfurique très

étendu, il se dépose de l'acide chlorophénylmercapturique, et le pouvoir rotatoire à gauche n'est pas perdu. Cet acide est soluble dans l'eau et dans l'alcool, mais insoluble dans l'éther; il réduit la liqueur de Fehling. Avec la baryte il donne un sel peu soluble dans l'alcool. Avec un excès de baryte, il ne donne pas de sel insoluble comme l'acide glucoronique de Schmiedeberg, lequel, en outre, dévie à droite le plan de polarisation. Ces caractères paraissent ressembler à ceux de la substance obtenue par la décomposition de l'acide monitrotoluique. Ces deux corps ne sont peut-être qu'un acide glucoronique déviant à gauche?

L'auteur a recherché ensuite quelles étaient les substances qui amenaient dans l'organisme la formation des acides du mercaptan. La déviation à gauche de l'urine qui les caractérise s'obtient très facilement après le traitement suivant : on précipite l'urine par l'acétate de plomb, on décompose le liquide filtré par l'hydrogène sulfuré ; puis, après avoir chassé l'excès d'hydrogène sulfuré, on ajoute de la soude et de la liqueur de Fehling, on fait bouillir pendant dix minutes et on acidule avec l'acide chlorhydrique. Si l'urine contient de l'acide mercapturique, il se forme un précipité jaune de mercaptan avec le cuivre, provenant de la décomposition de l'acide mercapturique.

A l'aide de cette réaction, l'auteur a essayé les transformations d'un grand nombre de matières aromatiques dans l'organisme des animaux.

Les dérivés halogènes une fois substitués du benzol et de la naphtaline donnent de l'acide mercapturique. Le para- et le méta- dichlorobenzol donnent un acide sulfoné, mais pas d'acide mercapturique; toutefois, le dichlorobenzol en produit un peu. Le mono- et dichlorotoluol ne donnent pas cette réaction. La formation la plus abondante est produite par le chlorobromo- et iodo-benzol. Ainsi :

100 grammes de chlorobenzol dans les aliments fournissent 26 à 27 grammes d'acide chlorophénylmercapturique.

100 grammes de bromobenzol — 26 à 28 grammes d'acide bromophénylmercapturique.

100 grammes d'iodobenzol — 18 grammes d'acide iodophénylmercapturique.

Le benzinitrile fournit seulement des traces d'acide mercapturique.

E. HARDY.

Neue Bildungweise des Skatols (Nouvelle formation du scatol), par Otto FISCHER et L. GERMAN (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, p.* 710, 1883).

En chauffant du chlorure de zinc et d'aniline avec de la glycérine, on observe une forte odeur anologue à celle de l'indol. Les auteurs ont étudié la réaction qui s'effectue dans ces circonstances, et ont vu qu'elle conduit à un mode de production intéressant du scatol.

On mélange 100 grammes d'aniline avec 70 à 80 grammes de chlorure de zinc, de manière à former la combinaison des deux corps ; on ajoute ensuite 100 grammes de glycérine et on chauffe au bain d'huile, d'abord de 160 à 170°, puis à 240°. La vapeur d'eau qui distille entraîne beaucoup d'aniline et un peu de scatol. Après avoir maintenu pendant 2 heures la température à 240°, on acidule la masse avec de l'acide sulfurique très di-

lué, après y avoir ajouté le liquide qui a passé à la distillation, et dans la masse acide, on dirige un fort courant de vapeur d'eau. Celle-ci entraîne un corps huileux qui est un mélange de diverses substances au nombre desquelles figure le scatol. On ajoute aux liquides distillés d'abord de l'acide chlorhydrique jusqu'à faible réaction acide, puis de l'acide picrique dissous dans l'eau qui produit un précipité rouge. On récolte ce dernier et on le fait cristalliser deux fois dans la benzine. Les cristaux, additionnés d'ammoniaque et soumis à l'action d'un courant de vapeur, fournissent du scatol qui distille sous forme de liquide huileux, et se prend en masse cristalline par le refroidissement. On le purifie par des cristallisations dans l'eau et le pétrole léger.

Il se forme suivant la réaction suivante :

$$\underset{\text{aniline}}{C^6H^7Az} + \underset{\text{glycérine}}{C^3H^8O^3} = \underset{\text{scatol}}{C^9H^9Az} + H^2O.$$

E. H.

Ueber Cystin und Cystein (Sur la cystine et la cystéine), par E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 299, 1884).

Lorsqu'on dissout la cystine $C^6H^{12}Az^2S^2O^4$ dans de l'acide chlorhydrique et qu'on y ajoute quelques copeaux de zinc, ceux-ci se dissolvent sans dégagement de gaz, et le pouvoir rotatoire gauche de la solution diminue progressivement sans disparaître complètement ; il devient constant quand le dégagement de gaz se produit. La cystine se transforme alors en une nouvelle base, qui est un produit de réduction. Pour l'obtenir, on étend d'eau, on décompose par l'hydrogène sulfuré ; et par évaporation, le chlorhydrate de la nouvelle base se dépose.

Une solution de cette base, traitée par le perchlorure de fer, se colore en bleu indigo.

Cette base, la cystéine, a pour formule ($C^3H^7AzSO^2$). Deux molécules de cystine, moins deux atomes d'hydrogène, représentent la formule de la cystéine. E. H.

Zur Kenntniss der Faülnissalkaloïde (Étude sur les alcaloïdes de la putréfaction), par L. BRIEGER (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, B. XVII, p.* 1137).

De la chair putréfiée et du foie d'un cheval, l'auteur a extrait une base qui a la composition de l'oxyhydrate de triméthylvinylammonium (neurine).

On voit donc que la neurine se forme lors de la fermentation putride de la choline, par la perte d'une molécule d'eau. La neurine a, d'après l'auteur, une action semblable à celle de la muscarine, tandis que d'après Schmiedeberg elle est dénuée de propriétés toxiques.

De nouvelles recherches entreprises par Brieger l'ont amené à considérer la choline, oxyhydrate de triméthylammonium, comme plus toxique que les premières expériences ne l'avaient fait croire. Il faut seulement employer des doses assez fortes.

Elle amène les mêmes symptômes que la neurine, d'abord l'augmentation de l'écoulement de la salive, ce qui est le caractère propre de l'em-

poisonnement par la neurine. Seulement il suffit de 0,005 de chlorhydrate de neurine par kilogramme de chair, et il faut 10,1 de chlorhydrate de choline pour produire les mêmes effets.

On sait que par la fermentation putride, la choline, relativement peu toxique, se transforme en neurine, matière très vénéneuse. Des recherches sont entreprises actuellement pour transformer, à l'aide de la fermentation putride, la choline préparée artificiellement en neurine. E. H.

Ueber Faülniss alcaloïde (Des alcaloïdes de la putréfaction), par MAAS (*Fortschritte der Medicin*, 1er août 1883).

Après avoir passé en revue tous les travaux publiés antérieurement sur ce sujet, l'auteur expose le résultat de ses recherches personnelles. Il a étudié les alcaloïdes de substances n'ayant pas encore subi une longue putréfaction (cerveau, muscles en particulier). Des organes divers semblant absolument intacts renfermaient déjà des alcaloïdes en notable proportion; on les trouvait surtout en grande quantité dans les organes en putréfaction depuis 12 à 24 heures; ils étaient moins abondants lorsque la putréfaction durait depuis longtemps. Les organes étudiés furent laissés dans une étuve à 25° pendant 12, 24, 48 heures au maximum, puis traités par l'alcool, et acidifiés jusqu'à réaction acide par l'acide acétique; ce traitement dura plusieurs jours et fut, après décantation de l'alcool, renouvelé plusieurs fois, de façon à débarrasser entièrement le résidu des matières grasses ou résineuses; ce dernier, séparé de tout l'alcool par évaporation, fut traité par l'eau contenant toujours une certaine quantité d'acide acétique, puis cette solution fut évaporée jusqu'à consistance sirupeuse; une nouvelle quantité d'alcool y fut ajoutée, de façon à ce que la solution aqueuse acétique des alcaloïdes de la putréfaction fût aussi pure que possible; ces matières se trouvaient à l'état d'acétates et présentaient à l'examen toutes les réactions connues des alcaloïdes. Leur solution ressemblait à un bouillon concentré, de couleur sombre, jaune rougeâtre, à odeur d'extrait de viande; injectée à des animaux, elle déterminait la mort chez les animaux à sang chaud avec des phénomènes analogues à ceux de l'empoisonnement par la strychnine, chez les grenouilles, en produisant des phénomènes de paralysie générale de tout l'organisme. Maas a pu séparer plusieurs alcaloïdes différents : par l'éther, après traitement de la solution par une lessive de potasse, il a retiré deux alcaloïdes, dont l'un est très volatil, et dont l'autre reste dans le distillateur sous forme de gouttelettes huileuses. Le premier, en très faible quantité, n'a pu être expérimenté, le second possède des propriétés analogues à celles de la morphine.

Après traitement par l'éther, l'auteur a pu encore au moyen de l'alcool amylique retirer un autre alcaloïde, en assez grande abondance, formant avec l'acide chlorhydrique des cristaux déliquescents; il possède des propriétés toxiques très accusées et détermine chez les animaux à sang chaud et à sang froid des paralysies des muscles de la respiration, des convulsions toniques et cloniques; de petites doses ont déterminé chez des lapins une faiblesse générale, la perte de l'appétit et un léger mouvement fébrile. A l'autopsie, pas d'altérations appréciables; le sang

est couleur laque, très liquide, et, injecté à des animaux, jusqu'à la dose de 6 grammes, soit dans la cavité péritonéale, soit dans le sang, il ne détermine aucun effet morbide appréciable. Il s'élimine très rapidement de l'organisme, car les troubles causés par des doses non mortelles ont toujours été très fugaces.

Après traitement par l'éther et l'alcool amylique, la solution des alcaloïdes a été traitée par le chloroforme, qui dissout, paraît-il, un quatrième alcaloïde, sous forme de gouttelettes huileuses, qui forment un sel cristallin avec l'acide chlorhydrique; la solution aqueuse détermine chez des grenouilles des phénomènes analogues à ceux que présente l'empoisonnement par la morphine; les doses mortelles doivent être très élevées, relativement du moins.

Le chloroforme longtemps agité avec le résidu de la solution première dissoudrait, paraît-il, encore d'autres alcaloïdes, mais Maas ne les a pas encore étudiés. Sur 2,030 grammes de muscles il a retiré en tout 7gr,0581 d'alcaloïdes; il faudrait encore y ajouter 2gr,6151 d'alcaloïdes restants.

L'auteur fait remarquer que ces recherches sont encore incomplètes, qu'il faudrait établir le rapport entre la qualité et la quantité des alcaloïdes suivant le temps de la putréfaction; en outre, il faudrait savoir si des matières organiques, en dehors de tout organisme inférieur, peuvent donner lieu à la formation d'alcaloïdes, et chercher si des cultures faites avec des matières organiques stérilisées pourraient déterminer leur production. W. OETTINGER.

Sur la présence d'alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques, par R. LÉPINE et GUÉRIN (*Lyon méd.*, 19 *octobre* 1884).

Pour retirer ces alcaloïdes, on traite l'urine par de la lessive de soude en excès, puis par l'éther à plusieurs reprises. Les liquides éthérés sont distillés et le résidu repris par l'eau distillée acidulée. C'est ce résidu que l'on injecte dans le sac lymphatique des grenouilles.

Voici les conclusions de cette courte note :

1° Les grenouilles qui ont reçu l'alcaloïde tiré de l'urine de typhiques, et dont le cœur a été trouvé gros, avaient des battements lents, tandis que l'alcaloïde retiré de l'urine des pneumoniques a déterminé l'arrêt du cœur en systole sans notable ralentissement préalable.

2° Chez les sujets affectés de pneumonie grave, la même quantité d'urine semble renfermer plus d'alcaloïde toxique que chez les sujets atteints légèrement. A. C.

Sur les ptomaïnes dans leurs rapports avec les recherches de toxicologie, par MARINOZUCO (*Arch. ital. de Biologie, fasc. III*, 1883).

Les expériences de l'auteur faites sur les lécithines semblent démontrer que les ptomaïnes extraites de substances fraîches ne proviennent pas, ainsi qu'on le croit généralement, des altérations subies par les substances albuminoïdes, mais prennent leur origine dans le dédoublement des lécithines sous l'influence des acides ou des alcalis. En outre, comme le chlorhydrate de neurine n'est pas décomposé par le bicar-

bonate de soude, M. Marino Zuco a utilisé cette propriété pour extraire les alcaloïdes des substances qui n'ont pas encore été envahies par la putréfaction. Pour cela on dissout le chlorhydrate de l'alcaloïde et des prétendues ptomaïnes dans l'eau. On rend le liquide alcalin avec du bicarbonate de soude et l'on agite. La neurine reste dissoute dans l'eau à l'état de chlorhydrate et l'alcaloïde seul est extrait. G. GIRAUDEAU.

Ueber das Auftreten acetonbildender Substanz im Urin nach Schwefelsäure vergiftung (Sur la présence de la substance formant l'acétone après l'empoisonnement par l'acide sulfurique), par G. HOPPE SEYLER (*Zeitsch. f. klin. Med., vol. VI, p.* 478, 1883).

Hoppe Seyler a constaté, chez une malade qui avait avalé de l'acide sulfurique, la présence, dans l'urine, de la matière formant l'acétone. Il est à remarquer que cette substance exista seulement à une certaine période, quand la malade souffrit de violentes douleurs et présenta des signes d'inflammation gastrique ; elle disparut avec ces symptômes et dès que la nutrition s'améliora. M. DEBOVE.

Zur Darstellung der Æthylschwefelsäure aus dem Urin (Sur la préparation de l'acide sulfovinique de l'urine), par L. BRIEGER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 311, 1884).

On ne connaît, pour cette préparation, que le procédé de Baumann ; mais on peut également l'obtenir par la méthode suivante : on ajoute à l'urine fraîche de l'acétate neutre de plomb ; on filtre ; on ajoute de l'acétate basique de plomb, on filtre et on décompose le liquide, qui passe par l'hydrogène sulfuré. On évapore le liquide en consistance sirupeuse, et on l'abandonne dans le vide. Il se forme des cristaux, que l'on dissout dans l'alcool. Les cristaux, mis à bouillir avec de l'acide chlorhydrique et du chlorure de baryum, laissent déposer du sulfate de baryte. Une solution de ces cristaux, traitée par l'eau de brome, donne un précipité de tribromophénol.

En outre, l'analyse a prouvé que les cristaux étaient de l'acide sulfovinique. E. H.

Ueber den Sauerstoffgehalt des Methämoglobins (Sur la proportion d'oxygène de la méthémoglobine), par G. HÜFNER et Richard KÜLZ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. VII, p.* 366).

On prépare une solution de méthémoglobine, on y ajoute 1 0/0 d'urée, on agite avec un excès d'oxyde d'azote et on obtient une solution rouge pourpre foncé quand elle est concentrée, d'un beau rose lorsqu'elle est étendue. Cette solution présente deux bandes d'absorption en E et F, mais moins marquées que celles de l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine ; c'est le spectre de l'oxyde d'azote et d'hémoglobine. E. H.

Ueber das Vorkommen des Phytosterins. Sur les propriétés de la phytostérine, par Heinrich PASCHKIS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. VIII, p.* 356, 1884).

Pour obtenir la colchicine on épuise les semences de colchique par de l'alcool concentré ; on étend d'eau et on obtient un abondant précipité de matières grasses. On purifie le liquide filtré en agitant avec de l'éther, on le décante. Il reste une masse d'un fluide qui cristallise après avoir été abandonnée à elle-même. Elle est presque exempte d'acide gras. On la fait cristalliser dans l'alcool et on décompose par la potasse. Les acides gras sont enlevés avec de l'eau, et on agite avec de l'éther. L'éther évaporé laisse une masse cristalline que donne, avec l'acide sulfurique et le chloroforme, la réaction de cholestérine.

Les matières grasses huileuses sont saponifiées, et la solution aqueuse agitée avec de l'éther. L'évaporation de l'éther laisse une grande quantité de corps mentionnés ci-dessus. Ils forment une masse jaunâtre cristalline que l'on fait recristalliser dans l'alcool bouillant, et qui se dépose, quand on les reprend par le chloroforme, en fines aiguilles, qui fondent à 133°.

Les chiffres trouvés à l'analyse concordent avec ceux donnés par Kolbe pour la cholestérine des pois, et pour la physostérine de la fève de Calabar. Les pouvoirs rotatoires concordent également.

L'auteur propose donc pour la matière grasse de la colchicine le nom de Phytostérine. E. H.

Studien ueber Milch (Étude sur le lait), par Heinrich STRUVE (*Journal für praktische Chemie, B. I, p.* 70, 110, 1884).

La caséine n'est pas une substance unique. Elle est formée de la réunion de deux substances, α caséine et β caséine.

La caséine α existe dans le lait à l'état soluble et à l'état insoluble. A l'état pur, et séchée à 100°, elle reste complètement soluble dans l'ammoniaque.

La caséine β ne se trouve qu'à l'état insoluble et en très petite quantité. En ajoutant de l'acide acétique à du lait, on précipite la caséine α et caséine β. La caséine β desséchée est insoluble dans l'ammoniaque et se gonfle seulement. Elles se comportent toutes deux de la même manière avec les solutions de soude et de potasse.

L'albumine se trouve dans le lait en solution, s'obtient par la dialyse et se précipite par l'eau chloroformée. Elle n'est pas précipitée par l'acide acétique à la température ordinaire, mais se coagule par la chaleur. Desséchée, elle se gonfle dans l'ammoniaque sans se dissoudre.

Peptone du lait. La peptone est la substance qui, après la séparation de la caséine par l'acide acétique et la chaleur, reste en solution et peut être précipitée par le tanin. On l'obtient aussi en précipitant par l'alcool toutes les matières protéiques du lait. Ces matières, desséchées à 100°, sont peu solubles dans l'eau et dans l'ammoniaque ; mais si on ajoute de l'acide acétique et du tanin à la solution, on précipite la peptone. La peptone pure est facilement soluble dans l'ammoniaque et dans les alcalis.

L'auteur donne ensuite deux procédés d'analyse du lait : l'un fondé sur la séparation du beurre dans un tube ou un entonnoir à l'aide du repos, puis de l'éther ; l'autre par la diffusion à l'aide de l'eau chloroformée.

E. H.

Eine neue Methode zur Darstellung und quantitativen Bestimmung des Glycogens in thierischen Organen (Sur une nouvelle méthode de préparation et de détermination quantitative du glycogène dans les organes des animaux), par HERM.-AD. LANDWEHR (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 165, 1884).

Les méthodes employées jusqu'à présent pour doser le glycogène sont :

1° Le dosage direct du poids du glycogène préparé par la méthode de Brücke ;

2° Un procédé indirect, l'hydratation du glycogène par les acides minéraux, et le dosage du sucre de raisin par les liqueurs titrées, ou par le saccharimètre ;

3° Une méthode colorimétrique par la coloration de l'iode ;

4° Le dosage direct par le polarimètre.

La première de ces méthodes est de beaucoup la meilleure. Elle présente, toutefois, des difficultés d'exécution et est sujette à de nombreuses causes d'erreur. Il faut, en effet, que le glycogène reste pendant longtemps en contact avec de l'acide chlorhydrique ; or, les expériences de l'auteur prouvent que, même à froid, dans ces conditions, le glycogène se transforme rapidement en sucre, et que la rapidité de cette décomposition est d'autant plus grande que l'acide est plus concentré et la durée de son action plus prolongée. Une deuxième cause d'erreur tient à ce que le glycogène n'est pas complètement précipité par l'alcool.

La nouvelle méthode proposée par l'auteur a l'avantage de réussir même en présence de la dextrine, et de n'être pas influencée par la présence du sucre de raisin, du sucre de lait ou de l'inosite.

Le glycogène, comme la gomme animale, l'achro-oglycogène, l'acide arabique, forme avec l'oxyde de fer une combinaison complètement insoluble dans l'eau. Cette combinaison fournit un moyen préférable à ceux connus jusqu'ici pour extraire des organes le glycogène à l'état pur.

Pour préparer le glycogène, on fait bouillir avec de l'eau le foie finement haché, jusqu'à disparition de la réaction de l'iode. L'emploi d'une grande quantité d'eau n'est pas à redouter. Mais on doit éviter l'usage des acides et des alcalis concentrés ; toutefois, une solution légèrement alcaline peut être avantageuse.

L'extrait est porté à l'ébullition, à feu nu, avec une petite quantité d'acétate de zinc, de manière à obtenir la coagulation complète de l'albumine. Si le liquide contenait de la soude, il faudrait d'abord le neutraliser. La précipitation de l'albumine n'est pas complète si l'acétate de zinc est acide ; dans ce cas, il faut ajouter un peu de carbonate de soude. On filtre, et on lave avec de l'eau bouillante. Le liquide filtré est alors chauffé au bain-marie avec du chlorure de fer concentré ; un léger excès n'est pas à craindre. A la solution rouge, on ajoute de la soude concentrée jusqu'à ce

que tout le fer soit précipité. On broie la masse lavée par décantation avec de l'acide chlorhydrique dans un mortier refroidi avec de la glace, et on verse rapidement le liquide jaune obtenu dans de l'alcool à 90°. Le glycogène se précipite, on le recueille sur un filtre, on le lave avec de l'alcool pour enlever le chlorure de fer, puis on le purifie en le redissolvant dans l'eau et en le précipitant une seconde fois par l'alcool. Depuis, l'auteur a trouvé avantageux de remplacer l'acide chlorhydrique par l'acide acétique ou l'acide tartrique. E. HARDY.

Note sur le jéquirity, par E. HARDY (*Soc. de Biol.*, 8 *mars, et Trib. méd.* 16 *mars* 1884).

D'après ses études, l'auteur reconnaît au jéquirity les mêmes propriétés que celles qui appartiennent aux glucosides : il se transforme en sucre et en alcaloïde particulier, sous l'action des acides dilués à l'ébullition ; il réduit la liqueur de Fehling et donne des précipités avec tous les réactifs des alcaloïdes. A cette glucoside, contenue dans le jéquirity, M. Hardy propose de donner le nom d'abrine. OZENNE.

Methode, den Genuss von Iodkalium im Speichel eines Menschen nachzuweisen, par STARCKE (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 19, *p.* 288, 7 *mai* 1883).

Starcke signale un moyen très simple de reconnaître si un malade prend de l'iodure de potassium. Il suffit de mêler à sa salive quelques grains de poudre de calomel. En cas d'affirmative, on voit bientôt se produire une couleur jaune tenant à la formation d'iodure de mercure.

A ce propos, il rappelle les inconvénients de l'emploi simultané en oculistique de l'iodure de potassium à l'intérieur et du calomel en insufflations (*R. S. M.*, XV, 646). Mais Hirschberg réplique qu'en agissant ainsi il n'a jamais vu se produire d'effets caustiques. J. B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Leçons sur les Sporozoaires, par G. BALBIANI, 1 vol. in-8°, avec planches (*Paris*, 1884).

La classe des sporozoaires établie par Leuckart, il y a quelques années, comprend les grégarines et tous les organismes unicellulaires qui ont été jusqu'ici désignés sous le nom général et vague de *psorospermies*. L'étude de ces êtres, qui appartiennent au vaste sous-règne des protozoaires, très importante au point de vue de la biologie générale, n'est pas moins digne d'intérêt au point de vue économique. Les sporozoaires sont, en effet, des parasites très répandus ; on les a rencontrés chez tous les animaux, depuis les infusoires jusqu'à l'homme. Les psorospermies oviformes ou coccidies, qui se trouvent généralement dans le foie du lapin, ont été également observées chez l'homme, dans l'intestin par Kjellberg et

Eimer, Grassi et Rivolta, dans le foie par Gubler et Dressler. D'autres espèces, les psorospermies utriculiformes ou *sarcosporidies* de Balbiani, se propagent épidémiquement et donnent lieu à des épidémies plus ou moins meurtrières qui déciment parfois les bergeries et les basses-cours. Les myxosporidies des poissons causent aussi des affections mortelles encore peu étudiées; rappelons enfin que c'est aux sporozoaires que se rattachent les *microsporidies* ou corpuscules de la pébrine, qui occasionnent les terribles épidémies qui éprouvent si fortement l'industrie séricicole. Ce sont surtout les travaux de Balbiani qui ont fait connaître l'évolution biologique des myxosporidies et des microsporidies.

Les sporozoaires n'occupent dans les traités d'histoire naturelle médicale qu'une place très restreinte : souvent même ils n'y sont pas seulement mentionnés. Les leçons du professeur du Collège de France, qui, outre des recherches personnelles nombreuses, renferment un exposé complet de l'état de nos connaissances sur ces singuliers parasites, vient combler cette regrettable lacune; elles seront consultées avec fruit par les naturalistes, les médecins et les vétérinaires. F. H.

Ueber die isolirte Färbung der Schizomyceten in Schnitt-und Trockenpræparaten (Coloration spéciale des Schizomycètes dans les coupes et les préparations sèches), par GRAM, de Copenhague (*Fortschritte der Medicin*, n° 6, 15 *mars* 1884).

Voici le procédé recommandé par M. Gram; si l'on veut colorer des coupes pratiquées sur des tissus, on les place d'abord dans l'alcool absolu, puis dans la solution ordinaire d'Erlich (eau d'aniline et violet de gentiane) où on les laisse d'une à trois minutes, enfin on les immerge et on les laisse pendant le même espace de temps dans une solution ainsi formée

Eau.....	300 gr	De bleu foncé qu'elles étaient, les coupes deviennent rouge pourpre; on les laisse alors dans l'alcool absolu jusqu'à décoloration complète.
Iode.....	1	
Iodure de potassium..	2	

Éclaircies au moyen de l'huile d'œillet, montées dans le baume de Canada ou la gélatine glycérinée, les coupes montrent les particularités suivantes : les tissus et les noyaux sont légèrement jaunâtres, tandis que les schizomycètes sont colorés en bleu intense, presque noir; si l'on veut obtenir une double coloration du fond de la préparation, on emploiera le brun de Bismarck ou la vésuvine. L'auteur a pu de cette façon constater que les micrococcus de la pneumonie (19 cas) restaient colorés après ces diverses manipulations; il en était de même pour les schizomycètes de l'infection purulente (9 cas), pour les coccus des abcès du foie consécutifs à la périthyphlite (1 cas), pour ceux de l'ostéomyélite (2 cas), de l'arthrite suppurée, de la scarlatine (1 cas), de la néphrite suppurée consécutive à la cystite (3 cas), des abcès du cerveau après l'empyème (2 cas), pour ceux de l'érysipèle (1 cas), de la tuberculose (5 cas), enfin le procédé a permis de colorer isolément les bacilles et coccus de la putréfaction. L'auteur note en terminant que dans un cas de pneumonie complète avec coccus capsulés, dans un cas de pneumonie avec coccus sans capsule, dans cinq cas de fièvre typhoïde avec ses bacilles particu-

liers, la décoloration de cet organisme s'est produite après l'emploi du procédé qu'il préconise.

On traitera de même les préparations sèches, liquides, etc., déposés et desséchés sur une petite lamelle couvre-objet. W. OERTUNGER.

Beiträge zur Riesenzellenbildung in epithelialen Geweben (Étude sur la formation des cellules géantes dans les tissus épithéliaux), par Ed. KRAUSS (*Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. XCV., H. 2, p.* 249).

L'auteur rappelle les diverses opinions émises sur la production et la signification des cellules géantes. Ayant examiné 70 épithéliomas, il en aurait rencontré dans 10 cas. Les cellules géantes observées par lui seraient de forme variable, rappelant quelquefois les cellules épithéliales.

Leur protoplasma est tantôt homogène, tantôt granuleux sans réaction colorée bien spéciale. Leurs noyaux permettent de les reconnaître assez facilement, les noyaux des tissus de granulation étant plus petits, ronds et fortement colorés, les noyaux des cellules conjonctives étant fusiformes. Ces noyaux peuvent se rencontrer soit au centre, soit à la périphérie de la cellule. Les cellules elles-mêmes se trouvent soit au centre, soit sur les bords des bourgeons épithéliaux. Dans certains cas, les cellules géantes seraient produites par la confluence de cellules épithéliales; dans d'autres cas, par augmentation de volume des cellules avec fractionnement de leur noyau.

Dans un cas d'épithélioma récidivé de la tempe, l'auteur aurait vu les cellules géantes développées autour des débris des fils de catgut provenant de l'opération et contenues dans un tissu de granulation. L'auteur énumère ensuite un certain nombre d'observations où l'on a noté des cellules géantes dans le poumon, le foie, les reins, le testicule, etc. En résumé, pour lui, les cellules géantes sont d'origine épithéliale. P. GALLOIS.

I. — L'actinomycose de l'homme et des animaux, par Ch. FIRKET (*Revue de Médecine, avril* 1884).

II. — Actinomycosis swell head, par BELFIELD (*The Med. News,* 24 *novembre* 1883).

III. — Premier exemple de transmission par inoculation de l'actinomycose de l'homme au lapin, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n°* 41, *p.* 636, 8 *octobre* 1883).

IV. — Innesto accidentale dell'Actinomyces bovis in un cavallo, par PERRONCITO (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino, juillet* 1883).

V. — Beiträge zur Kenntniss der Trichinosis und der Actinomycosis bei Schweinen, par R. VIRCHOW (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Bd. XCV, Heft* 3, *p.* 534, 1884).

VI. — De l'actinomycose, par BRICON (*Progrès médical,* 16 *février* 1884). — *Idem,* **par LONGUET** (*Union méd.,* 6-8 *mars* 1884).

VII. Ueber die Cultiverbarkeit des Actinomyces, par Oscar ISRAEL (*Arch. f. path. Anat. XCV, Heft* 1, *p.* 140).

I. — Le mémoire de M. Firket est d'autant plus intéressant que c'est réellement le premier travail de longue haleine qui ait été publié en français sur l'actinomycose. On y trouvera non seulement un résumé de toutes les observations de cette singulière affection qui ont été publiées jusqu'à ce jour, mais une discussion très serrée des diverses opinions qui ont été émises sur la nature de cette maladie.

On a coutume d'attribuer à Bollinger (1877) la découverte de l'actinomycose; cependant cette affection avait déjà été étudiée en Italie chez le bœuf par Rivolta (1868) et en France chez l'homme par Lebert (1848); mais ces deux derniers observateurs n'avaient pas su reconnaître la nature parasitaire des éléments qu'ils avaient sous les yeux, et leurs descriptions étaient restées sans écho. Aujourd'hui, grâce aux recherches récentes faites surtout en Allemagne et en Italie, l'actinomycose doit être classée dans la catégorie des affections parasitaires communes à l'homme et aux animaux, mais s'observant avec son maximum de fréquence chez le bœuf et principalement en Italie et en Allemagne.

Le plus souvent il s'agit du développement d'une infiltration néoplasque au niveau de l'angle du maxillaire inférieur; parfois aussi, mais plus rarement, à la mâchoire supérieure. Les lésions progressent lentement et finissent par amener la perforation de la peau. Le tissu néoplasque acquiert alors un développement plus rapide et donne lieu à la production de fongosités d'un gris jaunâtre, parfois rougeâtres ou brunâtres. En même temps, la lésion progresse dans la profondeur; les muscles sont détruits, l'os, irrité au début et couvert d'ostéophytes parfois considérables, ne tarde pas à être attaqué, les cloisons alvéolaires sont bientôt détruites, les dents sont soulevées et tombent, et le néoplasme arrive enfin à végéter librement dans la cavité buccale. Dans le liquide qui s'écoule de cette tumeur et dans l'épaisseur des fongosités qui la constitue, on trouve de nombreux petits grumeaux, d'un jaune de soufre, du volume moyen d'un grain de millet, parfois assez fermes, incrustés de sels calcaires, d'autres fois s'écrasant assez aisément et onctueux au toucher. Ces grains jaunes sont caractéristiques de l'actinomycose : ils sont formés par l'agglomération d'éléments de forme spéciale, dont on a pu démontrer la nature parasitaire et le rôle pathogénique. Au point de vue histologique, la tumeur présente souvent une structure sarcomateuse ou fibreuse, et çà et là on trouve dans son intérieur des masses opaques, correspondant aux grains jaunes, dans lesquelles on distingue souvent une certaine disposition radiée; ces masses opaques constituent le centre des agglomérations cellulaires, et celles-ci forment autour de chaque masse une nodosité arrondie qui, en confluant avec des nodosités voisines, donne lieu à des foyers plus volumineux. Les cellules se disposent d'ailleurs d'ordinaire en zones concentriques assez distinctes : la zone interne, voisine de la masse centrale, est constituée par des cellules assez grandes souvent d'aspect épithélioïde, parfois multinucléées et méritant vraiment le nom de cellules géantes : soit spontanément, soit sous l'influence de quelque irritation, la tumeur entre en suppuration et les grains jaunes sont entraînés dans le pus.

Ces tumeurs évoluent lentement; pendant longtemps, elles ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale; lorsqu'elles envahissent le pharynx, elles gênent la mastication et l'animal commence à maigrir.

On l'abat ordinairement à ce moment, de sorte que l'on ne connaît pas chez lui l'évolution complète de cette affection.

Dans quelques cas, la néoplasie ne se forme pas à l'angle de la mâchoire, mais bien dans l'épaisseur de la langue, de la muqueuse du larynx, du bonnet; beaucoup plus rarement elle prend son point de départ dans la profondeur du tissu pulmonaire sous forme de tuberculose miliaire aiguë (Pflug) ou de petites masses caséeuses du volume d'un pois (Hinck).

Jamais chez le bœuf on n'a constaté de généralisation du néoplasme.

Chez l'homme, l'actinomycose semble beaucoup plus rare que chez les animaux; à l'heure actuelle, cependant, on possède environ 28 observations d'actinomycose humaine dont M. Firket donne le résumé. Il ressort de ces faits que cette affection peut revêtir trois formes : l'une cervicale qui offre avec celle des animaux de nombreuses analogies : en effet, elle débute par l'apparition, à la mâchoire inférieure, spécialement au niveau de l'angle, d'une tuméfaction molle, peu douloureuse, qui s'étend souvent aux parties voisines, mais ne forme jamais de tumeur bien volumineuse : puis la lésion s'étend vers le bas, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et arrive parfois jusqu'à la clavicule : l'infiltration ainsi produite peut être diffuse, plus souvent elle est circonscrite sous forme de glande. On la voit alors se ramollir, devenir fluctuante ; mais c'est là une fausse fluctuation, et lorsqu'on incise cet « abcès », il ne s'écoule qu'un liquide gélatineux, peu abondant, et le contenu de la tumeur apparaît alors comme formé de fongosités analogues à celles des arthrites chroniques. Abandonnées à elles-mêmes, ces néoplasies peuvent cependant arriver à suppuration, et le pus contient ces grains jaunes caractéristiques. L'état général, jusque-là bon, commence alors à s'altérer, tandis que le néoplasme fuse de tous côtés, produisant partout une induration caractéristique des tissus et çà et là des fistules. En quelques cas, il se fait une généralisation dite métastatique dans les principaux viscères. Quoi qu'il en soit, la mort arrive toujours à cette période.

La seconde forme, que l'on pourrait qualifier de forme thoracique, débute assez brusquement sous la forme d'une pneumonie ou d'une pleurésie, mais la lésion n'aboutit pas à la résolution, elle s'étend au contraire au tissu sous-pleural et au médiastin postérieur, gagne les muscles intercostaux et les muscles du dos et se creuse de trajets fistuleux qui s'ouvrent à l'extérieur; les côtes, les vertèbres sont détruites sur une étendue plus ou moins considérable, ou se couvrent d'ostéophytes. Le poumon présente toujours alors les lésions caractéristiques de l'actinomycose. Enfin dans quelques cas les lésions thoraciques s'étendent à la région lombaire, et même l'affection pourrait débuter quoique rarement (Ponfick, Aufrecht) par cette dernière partie du corps, de façon à constituer une *forme lombo-abdominale.*

L'étude des masses jaunes montre que les éléments périphériques qui la constituent sont constitués par des corps allongés, dont l'extrémité externe se renfle en massue, dont l'extrémité interne s'effile et se perd dans les parties centrales; le renflement périphérique est d'ailleurs plus ou moins prononcé, plus ou moins brusque, assez souvent il se forme presque insensiblement. Parfois presque cylindriques, les renflements peuvent être nettement claviformes, d'autres fois une série d'étrangle-

ments leur donne un aspect moniliforme, ou bien l'extrémité terminale se bifurque et devient comme digitée. Les dimensions des renflements sont très variables, les plus gros atteignent 8 et 10 μ de diamètre transversal, leur longueur peut être de 20 à 30 μ; mais la plupart présentent des dimensions moins considérables. L'extrémité interne de ces renflements se continue en une fibre centrale : celle-ci se perd bientôt dans la masse, qui constitue la plus grande partie des noyaux actinomycosiques. A ce niveau, on trouve un feutrage très serré; mais, après une dissociation attentive, on réussit à y distinguer de nombreuses fibrilles, souvent ramifiées, mais de dimensions assez uniformes, décrivant un trajet rectiligne ou onduleux : de cet enchevêtrement de fibrilles on en voit partir qui se dirigent en rayonnant vers la périphérie, et se terminent dans ces renflements, simples ou ramifiés, décrits plus haut.

Quant au point de départ de ces fibrilles, on n'est pas encore fixé à ce sujet. Harz a considéré ces productions comme un champignon nouveau auquel il donna le nom d'*actinomyces bovis*. Jusqu'ici on ne connaît ni son développement ni ses affinités, car on n'a pu parvenir à le cultiver.

Il résulte de cette étude que lorsque chez un individu, soit par le fait d'une inoculation accidentelle du bœuf à l'homme, soit par l'entrée du parasite dans l'organisme à travers une solution de continuité de la cavité buccale, on verra se développer l'actinomycose, il faudra, aussitôt le diagnostic fait, enlever le néoplasme en totalité et racler énergiquement la cavité qui le contenait, afin d'éviter sa reproduction sur place et ultérieurement sa généralisation. C. GIRAUDEAU.

II. — L'auteur a examiné cinq animaux atteints de gonflement de la tête (swell head) quatre très avancés, le dernier en assez bon état. Tous portaient à la face des tumeurs dont le volume variait depuis celui d'une orange jusqu'à celui d'un petit melon, attachées à l'un des maxillaires, en général dures, et ne présentant que quelques points ramollis ; la surface était exulcérée et suppurait.

La plus grande partie de ces tumeurs était blanche, dure, comme fibro-cartilagineuse, et se confondant avec la trame du tissu osseux ; celui-ci était tuméfié, ramolli, infiltré de pus ; le pus contenait nombre de petits corps jaunes, miliaires. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'actinomyces.

Ce sont les premiers cas observés en Amérique. Belfield ne trouva pas sur ces animaux de dents cariées expliquant l'introduction des parasites dans l'économie. H. L.

III. — Jusqu'ici l'identité de l'actinomyces du bœuf et de celui de l'homme n'avait d'autre base que les caractères microscopiques, car toutes les expériences d'inoculation de l'actinomycose humaine aux animaux avaient échoué.

Israel vient de réussir à la transmettre à un lapin par inoculation, dans la cavité abdominale, d'un petit fragment de tissu d'un homme qui avait succombé à cette affection.

L'animal inoculé n'avait offert aucun phénomène morbide lorsqu'Israel le sacrifia au bout de 78 jours.

Mais à l'autopsie de ce lapin, l'auteur constata dans la cavité abdominale un grand nombre de tumeurs variant du volume d'un grain de chè-

nevis à celui d'une cerise, qui étaient constituées par des conglomérats de champignon caractéristique. Il n'existait à leur pourtour aucun phénomène inflammatoire.

On voit donc qu'une affection qui chez l'homme a donné lieu à des suppurations mortelles, n'a produit chez le lapin qu'une affection bénigne toute locale ne causant aucun trouble de la santé.

C'est là une nouvelle preuve que, dans les infections cryptogamiques, c'est la constitution de l'économie, les qualités du sol nourricier qui sont la chose importante. Le champignon par lui-même n'est pas la maladie, celle-ci est la réaction de l'organisme contre celui-là (*R. S. M.*, XX, 60; XXI, 539, et XXII, 476). J. B.

IV.— Cette intéressante observation montre comment l'actinomyces du bœuf peut être inoculé accidentellement par une plaie ou une solution de continuité quelconque aux animaux et à l'homme.

Un cheval de 8 à 9 ans fut blessé par une pointe de rocher qui lui fit une plaie contuse assez profonde au niveau de l'articulation fémoro-tibiale gauche. L'animal fut remisé dans une étable à bœufs du voisinage et pansé à la pommade camphrée, mais il se fit une nécrose du muscle contusionné qui retarda beaucoup la cicatrisation. Celle-ci néanmoins était complète quarante jours après l'accident ; il restait seulement une tuméfaction sous-cutanée de consistance dure qui déformait légèrement la jambe. Des pointes de feu n'eurent pas de résultat sensible. Le cheval fut alors remis en service, et c'est seulement huit mois plus tard qu'on s'aperçut que la tumeur augmentait lentement de volume. Après avoir employé inutilement les frictions vésicantes et la pommade au bi-iodure de mercure, le propriétaire du cheval fit voir sa bête à un vétérinaire qui ne tarda pas à reconnaître qu'il s'agissait d'une véritable tumeur inflammatoire chaude, sans suppuration. L'énucléation fut pratiquée aussitôt. L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par Perroncito, démontra la présence d'une quantité considérable de granulations d'actinomyces; en conséquence, avis fut donné de pratiquer sur-le-champ l'extirpation complète du néoplasme avec abrasion de l'os, au cas où celui-ci serait atteint. L'opération fut en effet commencée, mais en arrivant sur le fémur on s'aperçut qu'il était profondément altéré; en conséquence on se décida à faire abattre le cheval. H. BARTH.

V. — 1° *Trichines américaines.* L'Allemagne et la France, par crainte de la trichine, ont interdit l'entrée des porcs américains. Virchow, pour se rendre compte du danger que pouvait faire courir cette importation, a posé à divers savants les deux questions suivantes:

1° La trichinose s'est-elle produite chez l'homme après l'usage de la viande de porcs américains ?

2° Les trichines sont-elles vivantes dans ces viandes de porc ?

Focke de Bience est le seul à avoir répondu affirmativement aux deux questions. Recklinghausen, après examen de viandes envoyées de Gütersloh en Wesphalie, Engel-Reimers (de Hambourg), Türck (de Lubeck), Petri (de Rostock), Pincus (de Königsberg), Pistor (de Berlin), répondent négativement. A Dusseldorf les faits n'ont pas été assez précis.

Virchow croit donc que la viande des porcs américains est sans danger, que les trichines y sont à l'état de mort, et que les cas de trichinose observés chez l'homme ont été dus à l'usage de la viande de porcs allemands, qui sont parfois atteints de trichinose.

2° *Actinomycose dans la viande de porc.* On trouve dans la viande et surtout le cœur des porcs des tubercules calcaires considérés habituel-

lement comme des trichines. Virchow, Israël, son assistant, et Duncker, chargés de l'inspection des viandes trichinées, démontrent de diverses façons, mais surtout par la coloration au moyen de la cochenille, qu'il s'agissait d'actinomycètes.

C'est une étude à reprendre complètement surtout pour établir les symptômes de la maladie chez le porc. Il est possible, d'ailleurs, que la calcification des tubercules de l'actinomycose leur enlève leurs propriétés nuisibles sur l'homme.

VI. — Deux bonnes revues d'ensemble donnent une étude complète de la maladie avec l'indication des principaux travaux sur ce sujet.

VII. — L'actinomycète est très difficile à cultiver. Son développement est des plus lents. Aussi toutes les fois que dans des produits pathologiques il se trouve mêlé à d'autres organismes, ceux-ci cultivent les premiers et empêchent sa reproduction. Il est donc nécessaire de ne se servir que de végétations préalablement pures. En second lieu comme l'actinomycète développé dans la mâchoire du bœuf s'entoure de produits calcaires, ceux-ci empêchent le champignon de se mettre au contact du milieu de culture et par conséquent de se développer.

L'auteur n'a pu cultiver l'actinomycète que sur le sérum de bœuf coagulé. La culture a l'apparence d'un gazon velouté, très net à la lumière oblique; plus tard on aperçoit de petits noyaux soit dans la culture, soit autour d'elle. Au bout de deux mois, le champignon ne s'est avancé que d'un demi-centimètre autour du point d'inoculation. La culture contient des spores ressemblant à celles des moisissures; le mycélium rayonné a la forme de massue.

Les spores sont assez résistantes, mais le mycélium mis au contact de divers liquides, même le sérum, se gonfle et se détruit plus ou moins vite. Les spores ne se rencontrent pas sur les animaux, elles ne se voient que dans les cultures. P. GALLOIS.

Carcinom und Infection, par NEDOPIL (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 1, *p.* 123, 1884).

L'auteur considère les lésions qui aboutissent au cancer comme étant inflammatoires à l'origine : ses cellules sont le produit d'un processus irritatif ; son évolution anatomique est comparable à celle des inflammations progressives d'où naissent les métastases, de la pyémie, par exemple.

S'il est donc établi que toute variété d'inflammation est due à un principe infectieux spécifique, il faut aussi attribuer à une matière infectieuse ce produit d'inflammation chronique qu'on appelle le carcinome ; on tiendra compte des conditions favorables du milieu, du terrain sur lequel le principe infectieux sera déposé et devra évoluer.

L'auteur est disposé à placer le virus spécifique du carcinome entre celui de la syphilis et de la pyémie. Partout où l'on voit se développer le carcinome, on sait qu'il existait précédemment des érosions, des croûtes, des proliférations épithéliales. L'auteur considère déjà toutes ces lésions, banales en apparence, comme les manifestations prodromiques locales du carcinome. L'érosion qui persiste de longues années au col utérin, la croûte tenace et opiniâtre de la lèvre, le noyau d'infiltration

de la mamelle, tout cela doit être dès le début de nature cancéreuse.

Le succès de quelques inoculations de carcinome plaide en faveur de cette théorie : Langenbeck a injecté du suc cancéreux mêlé à du sang défibriné dans la veine fémorale d'un chien ; au bout de deux mois le chien présentait dans les poumons des tumeurs cancéreuses analogues au carcinome médullaire de l'humérus du jeune homme qui avait fourni la substance. Klencke a inoculé avec succès le suc d'un cancer mélanique d'une jument à un cheval et à un chien ; le premier offrit au bout de semaines une tumeur mélanique de la glande lacrymale (point d'inoculation), le second eut un cancer mélanique de la langue (l'inoculation avait porté sur la jugulaire). Il faut reconnaître que le plus souvent les inoculations de l'homme à l'animal échouent. Par contre on observe tous les jours des exemples de transmission locale d'un point à un autre chez le même individu : de la lèvre à la joue, par exemple, ou de l'utérus au vagin. Il n'y a certes pas là de métastase. L. GALLIARD.

Ueber die Abhängigkeit des Bindegewebsneubildung in der Arterien intima von den mechanischen Bedingungen des Blutumlaufes (De la dépendance des néoformations conjonctives dans la tunique interne des artères par rapport aux conditions mécaniques de la circulation. — Modifications des artères dans les moignons d'amputation), par R. THOMA (*Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. XCV., H. 2, p.* 294).

Dans sa première communication (Voir *R. S. M.*, XXIII, 411), l'auteur avait surtout étudié les modifications qui se produisaient dans l'appareil artériel à la suite de la ligature de l'artère ombilicale et l'oblitération du canal artériel après la naissance.

Il avait reconnu que dans toute la portion des voies artérielles comprise entre ce canal artériel et l'artère ombilicale, il se produisait du tissu conjonctif de nouvelle formation dans l'endartère. Il pensait que cette néoformation était produite par les modifications de la circulation artérielle.

Il reprend ses recherches sur les artères des moignons. Il prend sur le membre sain et sur le membre amputé les artères correspondantes, fait après inclusion dans la colloïdine des coupes au même niveau et compare. Du côté amputé, l'artère est moins volumineuse, son calibre est fort diminué, sa tunique moyenne est atrophiée; par contre, l'endartère est hypertrophiée et présente une néoformation conjonctive très accentuée. Ces modifications sont d'autant plus marquées qu'on se rapproche plus du point où l'artère a été liée. Il se produit une endartérite qui n'est pas due, d'après lui, à l'irritation déterminée par la ligature, mais qui est la suite de la suppression de la circulation. Thoma lui donne le nom d'endartérite compensatrice.

Pour compléter ses recherches, il étudie les modifications qui se produisent dans les artères liées dans la continuité. Il remarque les mêmes phénomènes aussi bien dans le bout inférieur que dans le bout supérieur. Comme la pression est augmentée, mais très faiblement au-dessus, qu'elle est fort diminuée au-dessous, il ne pense pas que les modifications de la pression ont une grande importance dans la production de

ces altérations. C'est plutôt la suppression même du courant sanguin qui doit en être la cause déterminante. Il est possible que les corpuscules de Pacini situés dans l'épaisseur des parois artérielles aient pour fonctions de percevoir les ondées sanguines et contribuent peut-être par voie réflexe à modifier la nutrition des parois, suivant les modifications de la circulation à l'intérieur des artères. P. GALLOIS.

Ueber den Fettgehalt pathologischer Organe (Sur la proportion de graisse contenue dans les organes pathologiques), par Th. WEYL et L. APT (*Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. XCV, H. 2, p.* 351).

Les auteurs ne donnent qu'une courte notice. Ils reconnaissent que la détermination de la graisse normale et pathologique demanderaient de longues études. Ils ont examiné surtout le cœur, les reins, la rate, le foie, les muscles, dans des affections variées (tuberculose, leucémie splénique, pneumonie, fièvre puerpérale, etc.). Ils ont reconnu que la fièvre augmente la proportion de graisse pour le cœur et le foie ; les affections, qui, comme la tuberculose et la leucémie, diminuent l'apport de l'oxygène, élèvent également la proportion de graisse des organes. P. GALLOIS.

Beitraege zur Pathologie des Gehirns (Contribution à la pathologie du cerveau), par L. WITKOWSKI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Bd. XIV, Heft* 2, *p.* 410, 1883).

1° *Dégénérescence descendante consécutive à la porencéphalie.* — L'auteur a eu l'occasion d'examiner un cerveau à la surface duquel existait à droite une vaste perte de substance en forme de cratère (*porus*). Le fond de la fossette de Sylvius était transformé en une membrane assez épaisse, lâche, très riche en pigment, dans laquelle se confondaient la pie-mère et l'épendyme ventriculaire. Avaient disparu l'insula, les pieds des circonvolutions frontales, pariétales et temporales avoisinantes, la capsule externe et la capsule interne, les ganglions centraux, à l'exception d'un reste de la couche optique. Le pédoncule cérébral débouchait dans la perte de substance. Les autres parties de l'hémisphère, situées plus profondément, ne prenaient aucune part à la perte de substance, cela s'applique en particulier aux tubercules quadrijumeaux et aux nerfs carniens. L'hémisphère droit n'avait pas subi d'atrophie en masse, mais présentait le même développement que l'hémisphère gauche. Cette absence d'atrophie consécutive est invoquée par M. Witkowski comme une preuve que la lésion cause de cette perte de substance était postérieure à l'époque du développement cérébral, qu'elle s'était produite à un moment où le cerveau avait atteint son complet développement, c'est-à-dire après la puberté. D'autre part, l'état de la cicatrice et l'énorme dégénérescence secondaire constatée dans ce cas sont des raisons suffisantes de croire qu'il s'était écoulé un espace de temps très long entre le début de l'affection et la mort; néanmoins on ne constatait pas de signes avérés de sénilité sur les vaisseaux, les cellules ganglionnaires, etc. La présence d'une grande quantité de pigment dans la cicatrice et l'exacte délimitation de celle-ci permettent de conclure avec un grand degré de vraisemblance que la lésion initiale a consisté dans une hémorragie en masse, quoique l'on ne trouvât pas, dans le reste du cerveau, des anévrismes miliaires.

L'intérêt capital de ce fait, ajoute l'auteur, réside dans la dégénérescence descendante qui se poursuivait à travers le pédoncule cérébral et

la moitié droite de la protubérance. Le pied du pédoncule était atrophié surtout dans le sens transversal, et le tissu nerveux n'y existait plus que dans la portion externe (qui, selon les vues de Charcot, ne renferme que des fibres sensitives). L'atrophie intéressait donc les faisceaux pyramidaux, le fascicule géniculé (Brissaud) qui se termine dans la protubérance, et le faisceau situé dans la portion la plus interne du pédoncule et exclusivement réservé à des fonctions psychiques. La portion cervicale de la moelle, la seule qui ait été examinée, présentait les altérations de la dégénérescence secondaire classique des cordons antéro-latéraux. Dans le pédoncule, la substance grise et le noyau rouge de la coiffe étaient fortement atrophiés, ainsi que la substance grise centrale, comme on pouvait aisément s'en convaincre par comparaison avec le côté opposé. Dans la coiffe, l'atrophie intéressait également des faisceaux de substance blanche, en particulier la substance blanche, située au-dessus du locus niger et comprenant des fibres descendantes qui font partie du ruban de Reil, ainsi que la couche intermédiaire aux olives (Flechsig).

Jusqu'ici, fait observer Witkowski, la dégénérescence de ces organes n'a été constatée que dans deux cas, à la suite de lésions en foyer de la portion de la coiffe contenue dans la protubérance, une fois par Homèn, une autre fois par P. Meyer. Sa constatation dans un cas de lésion du cerveau proprement dit autorise à conclure que la région en question renferme des fibres qui relient directement le cerveau, et en particulier les ganglions centraux, à la moelle. Witkowski rattache l'atrophie de la substance noire à la destruction du noyau lenticulaire, l'atrophie du noyau rouge et du ruban de Reil à la destruction de la couche optique. Il ajoute qu'outre les nerfs craniens et leurs noyaux d'origine, le faisceau de fibres longitudinales postérieures était également intact, preuve que ce faisceau ne renferme pas de fibres centrifuges venant directement du cerveau et de ses ganglions centraux.

2° *Sur la formation de subtance osseuse de concrétion dans le cerveau.* — Les exemples de formation de substance osseuse vraie dans le cerveau sont rares. M. Witkowski en publie un nouveau cas. En examinant un cerveau, il a mis à jour dans l'hémisphère gauche du cervelet une tumeur du volume d'une noix, sans communications aucunes avec la pie-mère et l'épendyme, entourée partout de substance nerveuse et n'arrivant pas jusqu'au vernis. Sa forme était celle d'une pyramide double portant à sa partie moyenne une cannelure très saillante. Sa surface était hérissée d'un grand nombre d'arêtes, de pointes et de plis, ces derniers rappelant assez bien les circonvolutions cérébelleuses. La tumeur était entourée d'une membrane fibreuse très solide, dépourvue d'éléments cartilagineux, mais creusée d'un certain nombre d'excavations qui renfermaient une matière brune ou jaunâtre analogue à du mucus. L'examen microscopique démontra que cette substance était constituée par de la moelle osseuse; la membrane présentait la même constitution que le périoste. Dans le néoplasme lui-même on pouvait reconnaître, après décalcification, toutes les parties constituantes de l'os : substance hyaline fondamentale, lamelles, corpuscules osseux, canaux de Havers. La tumeur était reliée à la substance nerveuse ambiante par un tissu conjonctif lâche, parsemé d'un grand nombre de corpuscules amyloïdes. Nulle part, dans le reste de l'encéphale on ne trouva de traces d'une calcification. A part une artério-sclérose très prononcée, et la présence d'un grand nombre de corpuscules amyloïdes dans la substance de l'encéphale, on ne trouvait d'autres anomalies que des foyers miliaires de ramollissement, principalement dans

la substance médullaire. Le sujet dont provenait cet encéphale, un vieillard de 70 ans, pensionnaire d'un hospice, n'avait pas présenté de symptômes nerveux bien appréciables.

Dans un autre cas examiné par l'auteur, il existait dans la fossette occipitale une tumeur du volume d'une pomme, adhérente à la pie-mère, et qui avait refoulé le cervelet devant elle. Le lobe inférieur de cet organe renfermait une autre tumeur du volume d'une cerise, sans communication manifeste avec la tumeur méningée. A l'examen microscopique, on reconnut qu'il s'agissait de deux papillomes. La tumeur cérébelleuse était partout entourée de substance blanche. Elle n'avait pas donné lieu à des symptômes appréciables. Elle était parsemée de dépôts cartilagineux, dont le volume variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille.

3° *Notice sur la pathologie des cellules ganglionnaires.* — Dans une courte notice, l'auteur fait savoir que dans une série de cas de lésions pathologiques du cerveau (quatre cas de lésions expérimentales chez des chiens, deux abcès traumatiques, une blessure par coup de feu, trois cas de foyers de ramollissement multiples) il n'a jamais pu constater d'altérations des cellules nerveuses ganglionnaires susceptibles d'être rattachées à un processus inflammatoire actif; qu'il ne saurait dès lors souscrire aux assertions de Fleisch, de Popoff, d'Unger, qui ont décrit une prolifération des cellules nerveuses d'origine inflammatoire. Le même résultat a été constaté dans un cas de paralysie avec démence, et dans un cas de mélancolie sénile. E. RICKLIN.

Altérations histologiques du bulbe et des pneumogastriques qui déterminent le phénomène de Cheyne-Stokes, par Guido TIZZONI (*Archiv. ital. de Biologie, fasc. II, p.* 226, 1884).

Chez deux malades, l'un cardiaque, l'autre brihgtique, qui avaient présenté pendant la vie le phénomène de Cheyne-Stokes, l'auteur a trouvé à l'autopsie des altérations des pneumogastriques et du bulbe.

Dans un cas, un grand nombre des fibres nerveuses des pneumogastriques, principalement du pneumogastrique droit, était détruit et il existait une infiltration sanguine très manifeste dans les espaces lymphatiques endo-nerveux et périnerveux. A gauche ces altérations étaient limitées à la partie périphérique du vague, tandis qu'à droite elles intéressaient ce nerf dans toute son étendue jusqu'à ses origines au bulbe, mais en diminuant cependant d'intensité à mesure que l'on approchait du mésocéphale.

Dans le bulbe, la lésion du nerf vague se propageait de haut en bas sous forme de foyers circonscrits et consistait en un épaississement de la névroglie, avec dégénération probablement amyloïde des produits de cette prolifération et atrophie secondaire ou destruction complète des cellules ganglionnaires et des fibres nerveuses. Ces altérations inflammatoires se propageaient du tronc du pneumogastrique aux centres nerveux, soit en suivant la grosse racine de ce nerf, soit en gagnant le raphé postérieur du bulbe au moyen du tissu conjonctif de cette région et en s'avançant le long du raphé même; dans la moelle elles cheminent également de haut en bas, d'avant en arrière, et des parties médianes ou du raphé vers la moitié droite du bulbe; dans la partie supé-

rieure de la moelle elles intéressaient seulement la substance blanche, d'où elles se propageaient à la substance grise du quatrième ventricule, au niveau de la moitié du bulbe, et disparaissaient de nouveau dans la partie inférieure ou du moins s'y réduisaient à très peu de chose.

L'altération du plancher du quatrième ventricule se circonscrivait vers la moitié de la hauteur du bulbe, sur une très petite étendue, et avait son siège principal dans l'épendyme qui tapisse le sillon longitudinal du calamus scriptorius. De là elle s'étendait au noyau interne de la racine médiane du pneumogastrique droit, ainsi qu'au noyau commun du glosso-pharyngien, du pneumogastrique.

Dans le second cas les lésions étaient les mêmes, mais beaucoup moins prononcées que celles que nous venons de décrire. C. GIRAUDEAU.

Anomalies de développement et tumeurs, par Maurice POLLOSSON (*Lyon méd.*, 31 *août* 1884).

Un certain nombre de tumeurs ont manifestement pour origine un trouble survenu dans l'évolution de l'organisme, une anomalie de développement (kystes branchiaux, etc.). Dans quelle mesure cette théorie peut-elle être appliquée à la genèse des tumeurs en général ? telle est la question que pose, sans la résoudre, l'auteur. Il publie, dans le but d'éclairer ce délicat problème, quatre observations intéressantes à plus d'un titre.

Le premier cas, relatif à une grenouillette dermoïde, montre la coexistence, chez la malade, de deux malformations curieuses : une hypertrophie excentrique du maxillaire inférieur et une atrophie de la langue, une microglossie congénitale.

Le 2e et le 3e cas offrent des coïncidences d'arrêt d'accroissement des os longs avec des tumeurs cartilagineuses des doigts. L'auteur est tenté d'admettre que l'enchondrome des extrémités reconnait pour cause un vice de développement du tissu osseux.

Le 4e cas, moins démonstratif, a trait à un malade atteint d'éléphantiasis d'une moitié du corps. mort de lymphadénome généralisé. A. C.

Miliartuberculose der Mundspeicheldrüsen, Zungen-und Mundschleimhaut und äusseren Haut (Tuberculose miliaire des glandes salivaires, de la muqueuse linguale et buccale et de la peau), par FINGER (*Wien. med. Jahrb. Heft* 1, *p.* 99, 1883).

L'auteur considère la tuberculose des petites glandes salivaires comme inconnue jusqu'ici. Elle a échappé, en effet, aux histologistes qu'il cite, mais elle est signalée d'une façon très précise dans le *Traité classique* de Cornil et Ranvier (2e édition, 1882, t. II, p. 226). Ces auteurs, en décrivant les tubercules de la muqueuse buccale, montrent les granulations siégeant au niveau de l'ouverture des conduits glandulaires, et se développant aussi, comme les cellules géantes, au milieu des acini. Ils comparent même les lésions tuberculeuses des glandes salivaires à celles des glandes laryngées et trachéales auxquelles Cornil a consacré un mémoire (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1880).

Quoi qu'il en soit, Finger décrit avec soin ces altérations dans un cas

de tuberculose buccale chez un sujet de 32 ans qui présentait des ulcérations des gencives, de la face interne des joues et des lèvres, et en même temps des lésions pulmonaires et intestinales. L'examen histologique a porté sur un lambeau de la lèvre inférieure.

Les glandes salivaires affectent avec les tubercules miliaires des relations intimes : ceux-ci peuvent se répandre dans les faisceaux conjonctifs qui séparent les acini (faisceaux souvent remplacés par des cellules rondes), ou bien ils se logent dans les acini eux-mêmes, se substituant plus ou moins au parenchyme glandulaire. Quand ils sont petits on les voit encore entourés des cellules de l'acinus ou séparés d'elles par une zone d'éléments embryonnaires ; volumineux, ils se substituent au parenchyme, enveloppés de sa membrane propre, sans qu'on puisse constater de modification notable de la disposition générale des éléments (tissu conjonctif, vaisseau, conduit excréteur).

Quant aux acini qui échappent encore à l'envahissement du tubercule, ils réagissent d'une autre façon : on y constate les lésions classiques de l'inflammation portant sur les cloisons conjonctives et sur les cellules mêmes. Ces lésions actives aboutissent à la transformation des acini en tissu réticulé, dont les travées principales conservent l'aspect des cloisons glandulaires et dont les espaces sont remplis d'éléments embryonnaires et de quelques cellules épithélioïdes. Ajoutez à cet ensemble quelques cellules géantes, le tubercule miliaire sera créé.

On voit que, si le tissu conjonctif prend part à la transformation tuberculeuse des glandes salivaires, le parenchyme, les cellules de Gianuzzi, les épithéliums y contribuent également. Ce qui reste inconnu, c'est la provenance des cellules géantes.

De tous les éléments de la glande c'est le canal excréteur qui offre le plus de résistance au processus tuberculeux ; et, dans les cas où il est resté intact, les cellules géantes font défaut dans l'acinus. On peut tenir compte de ce fait pour expliquer l'origine de ces mystérieux éléments.

La seconde observation se rapporte à un cas de tuberculose linguale.

Dans la troisième, il s'agit d'ulcérations tuberculeuses intéressant la muqueuse buccale, la peau de la joue et de l'aile du nez chez une femme de 32 ans. Celles de la peau se faisaient aux dépens de petits nodules rougeâtres entourés d'une zone franchement inflammatoire. Pas d'examen histologique dans ce dernier fait. L. GALLIARD.

Ueber Tuberkulose des Œsophagus, par WEICHSELBAUM (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1884).

Femme de 36 ans, entre à l'hôpital le 13 mai 1883, atteinte d'une adénite cervicale dont le début remonterait à 6 semaines. Dans le creux sus-claviculaire se trouvait une tumeur fluctuante couverte d'une peau rougie qu'on incisa. L'examen des poumons, à ce moment là, était négatif. Au bout de 2 mois, incision d'un nouvel abcès froid du cou.

Vers le 15 novembre, on incisa un nouvel abcès au niveau du larynx, et en même temps on pouvait constater le développement d'une tuberculose pulmonaire dont la marche rapide amena la mort dans le marasme vers le 28 novembre.

A l'autopsie, on trouva la destruction de l'isthme de la glande thyroïde, la caséification des ganglions cervicaux et médiastiniques.

A 3 travers de doigts au-dessus de la bifurcation de la trachée on trouve la paroi postérieure du larynx, ainsi que la paroi antérieure du pharynx, percée de petits trous qui communiquaient avec les glandes lymphatiques suppurées se trouvant entre les deux canaux. Au-dessus et surtout au-dessous de ces orifices, on voit sur la muqueuse œsophagienne un grand nombre de petites saillies grises, jaunâtres et beaucoup d'autres qui sont ulcérées.

Au niveau du cardia toutes ces lésions s'arrêtent net; le pharynx est aussi indemne.

Immédiatement sous les cordes vocales et tout le long des voies aériennes, on voit de nombreux tubercules d'âges divers; les poumons sont tuberculeux, mais moins qu'on ne l'aurait pensé. Tous les ganglions lymphatiques du médiastin postérieur qui entourent l'œsophage étaient caséifiés. Dans la dernière portion de l'iléon, on trouve quelques follicules solitaires grossis et caséifiés.

L'examen microscopique des lésions de l'œsophage démontra la structure classique des tubercules et décela de nombreux bacilles.

Pour l'auteur, seule la nature parasitaire de la tuberculose peut expliquer d'un côté la rareté de la tuberculose œsophagienne, et d'un autre côté l'infection de l'œsophage dans le cas cité. En effet, les crachats et les aliments pouvant contenir le virus tuberculeux traversent trop vite l'œsophage pour pouvoir l'infecter. Mais dans le cas relaté, la communication de l'œsophage avec des foyers tuberculeux (les ganglions lymphatiques) pendant longtemps, permettant le passage incessant de pus tuberculeux, était cause de l'infection de cet organe.

La même cause a présidé à l'infection des voies aériennes et explique la moindre contamination des poumons. M. SCHACHMANN.

Zur Kenntniss des acuten Milztumors (De la tuméfaction aiguë de la rate), par EHRLICH (*Charité-Annal., IX Jahrg, p.* 107).

On n'est pas encore fixé sur l'origine de la tuméfaction aiguë de la rate que l'on trouve dans les maladies infectieuses. Contrairement à l'opinion de Birch-Hirschfeld, Ehrlich ne l'attribue pas à une accumulation de bactéries ; car ses préparations anatomiques ne lui ont rien offert de pareil. Mais il la rapporte, du moins en partie, à la fonte des globules blancs, dont il aurait trouvé les déchets en grande quantité, au sein du parenchyme splénique, au cours de la pyémie et de la septicémie. On sait d'ailleurs que les injections dans le sang de produits septiques ont pour résultat une destruction rapide des leucocytes. (Alex. Schmidt de Dorpat.) L. D.-B.

Nuove ricerche sull'anatomia patologica della cassule soprarrenali (Nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique des capsules surrénales, par R. MATTEI (*Lo Sperimentale, avril* 1883).

L'auteur a examiné 1,301 cadavres, sur lesquels il a trouvé les capsules surrénales altérées 61 fois; 35 sur 674 cadavres d'hommes, et 18 fois sur 516 cadavres de femmes; 8 fois le sexe ne fut pas mentionné.

Les lésions trouvées étaient les suivantes :

Dégénérescence caséeuse : 23 cas ; 16 fois chez l'homme et 6 chez la femme ; 1 fois ne fut pas noté. La capsule droite fut altérée 6 fois

et la gauche 5; les deux côtés, 5 fois; dans 7 cas, le côté ne fut pas noté. Dans 23 cas, on nota 14 fois l'existence de la tuberculose ou de substance caséeuse dans le poumon ou dans d'autres parties du corps.

Capsulite : 2 cas; 1 fois chez l'homme et 1 fois chez la femme; dans les deux cas les deux capsules étaient altérées.

Cancer : 2 cas, chez l'homme; 1 fois à droite et 1 fois à gauche; dans les deux cas, le cancer se trouvait encore dans d'autres régions.

Sarcome : 3 cas, chez la femme; 2 fois dans les deux capsules; 1 fois le côté n'est pas indiqué; dans les trois cas, la même néoplasie existait en d'autres points.

Lipome : 5 cas, toujours sur une seule capsule; 2 fois chez la femme et 1 fois chez l'homme; dans les autres cas le sexe n'est pas indiqué.

Lympome : 1 cas, dans la capsule droite d'un homme.

Adénome : 11 cas; 6 fois chez l'homme et 2 fois chez la femme; 3 fois le sexe ne fut pas noté; toujours sur une capsule; 4 fois à gauche et 3 fois à droite; dans les autres cas, la capsule n'est pas notée.

Hémorragie : 7 cas; 4 chez l'homme et 2 chez la femme; 1 fois le sexe ne fut pas mentionné; 2 fois dans les deux capsules; 2 fois dans la capsule droite et 1 fois dans la gauche; 2 fois le côté n'est pas indiqué.

Métamorphose lardacée : 2 cas; 1 fois chez un homme et 1 fois chez une femme; dans les deux cas à droite et à gauche.

Atrophie ou arrêt de développement : 5 cas; 3 fois dans le sexe masculin et 1 fois dans le féminin; 1 fois le sexe n'est pas indiqué; 1 fois à droite, 1 fois à gauche, 2 fois des deux côtés, 1 fois le côté non indiqué.

Quant à l'âge, l'auteur se borne à dire que sur 60 cadavres d'individus qui n'avaient pas dépassé 10 ans, il n'a trouvé qu'un cas d'arrêt de développement, et que sur 19 cadavres d'individus, entre 10 et 20 ans, il a trouvé 2 cas de dégénérescence caséeuse, 1 cas de lipome et 1 cas d'hémorragie par traumatisme. L.-H. PETIT.

Die Entstehung von Nierentumoren aus Nebennierengewebe (Le développement de tumeurs rénales aux dépens du tissu des capsules surrénales), par P. GRAWITZ (*Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 17 *avril* 1884, *et Archiv für klinische Chirurgie*, *t. XXX*, *p.* 824).

L'auteur s'est déjà (*Virchow's Archiv*, t. 69) efforcé de démontrer que les petites tumeurs de la région corticale du rein désignées sous le noms de lipome, adénome, adéno-cancer, tumeurs le plus souvent bénignes, mais susceptibles de prendre une marche maligne, proviennent de fragments du tissu capsulaire séparés, à l'époque du développement, de la masse des capsules surrénales. Depuis lors, il a pu recueillir un grand nombre de faits qui corroborent son opinion, et il présente au Congrès les préparations microscopiques qui l'appuient.

On rencontre fréquemment en effet dans les autopsies, après avoir décortiqué le rein, de petites glandes surrénales accessoires sous forme de noyaux bruns de grosseur variable, atteignant tantôt le volume d'une capsule surrénale supplémentaire, tantôt presque invisibles. La plupart sont placées à la surface de la substance corticale; d'autres pénètrent

cette substance, mais leur surface libre demeure toujours au niveau de la superficie du rein; d'autres enfin sont complètement enfouies dans la substance corticale; Grawitz en a rencontré 3 cas depuis la publication de son dernier travail; il en explique la production en ce que les fragments de tissu capsulaire se sont détachés à l'époque où le rein n'était encore composé que de pyramides isolées, de telle sorte qu'un fragment emprisonné entre deux pyramides a pu être recouvert par la substance corticale.

Or, certaines tumeurs du rein (adénomes, carcinomes) ont précisément le même siège que ces glandes corticales; en tout cas elles ne sauraient provenir des tubes urinifères; leurs cellules, comme celles des capsules surrénales et de toutes les tumeurs qui en proviennent renferment, souvent une large gouttelette de graisse; enfin, comme les adénomes du corps thyroïde, ces tumeurs dégénèrent facilement à l'état de myxomes et renferment souvent des foyers hémorragiques. L'auteur établit en conséquence une analogie absolue entre les adénomes fœtaux du rein et les glandes thyroïdes accessoires, analogie de fréquence, de structure, d'origine et d'évolution. DE SANTI.

Ein intracanaliculäres Myxom der Mamma mit hyaliner Degeneration, par Carl JÜNGST (*Arch. f. path. An. u. Phys., Bd. XCV, H. 2, p.* 195).

Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui depuis dix ans avait une tumeur du volume d'une noisette dans le sein droit. Depuis deux ans cette tumeur avait grossi plus rapidement et devenait douloureuse à l'époque des règles. Lorsque la malade fut opérée par Czerny, la tumeur avait le volume du poing, n'adhérait ni à la peau ni aux côtes; les ganglions axillaires n'étaient pas engorgés; il n'y eut pas de récidive. Les préparations histologiques de Jüngst furent soumises à l'examen d'Arnold et de Thoma. La tumeur était un myxome développé primitivement dans le tissu conjonctif interstitiel, mais envoyant des expansions polypiformes dans les canaux excréteurs de la glande considérablement dilatés. Dans les parties jeunes l'apparence myxomateuse est très nette, chaque polype est enveloppé par des cellules épithéliales. Puis ces polypes augmentant de volume écrasent pour ainsi dire entre eux l'épithélium qui s'aplatit et finit par disparaître. En même temps les polypes muqueux subissent des altérations notables. Le nombre de leurs vaisseaux diminue, eux-mêmes subissent une transformation d'abord fibrillaire, radiée, qui débute autour des vaisseaux, lesquels tendent à s'oblitérer. Puis les striations disparaissent et l'on n'a plus qu'une substance hyaline.

D'après Recklinghausen, cette substance, pour laquelle il crée le nom d'hyaline, est très voisine des matières dénommées par lui mucine, colloïde, amyloïde; sa production serait favorisée par la compression. Jüngst reconnaît à la substance transparente de la tumeur les mêmes réactions qu'à l'hyaline et admet que la pression des polypes les uns contre les autres a pu déterminer sa production. Dans les parties jeunes Jüngst trouve quelques cellules plasmatiques qui démontrent bien l'origine interstitielle de la tumeur. Les pièces recueillies par lui ayant séjourné longtemps dans l'alcool, il ne peut dire si la tumeur contenait beaucoup de graisse. Le myxome intracanaliculaire de la mamelle a été décrit par Virchow. L'auteur ne croit pas que l'on ait encore signalé la dégénérescence hyaline. P. GALLOIS.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — On the existence of Bacteria, or their antecedents, in healthy tissues, par F.-W. MOTT et V. HORSLEY (*The Journal of Physiology, vol. III, p.* 188).

II. — Des rapports qui unissent quelques maladies de l'enfant à celles de la mère et réciproquement, par D. SABOURIN (*Thèse Paris*, 1883).

III. — Contribution à l'étude de l'action de la chaleur et de la dessiccation sur la virulence des liquides septiques et sur les organismes inférieurs, par A. LEBEDEFF (*Archives de Physiol.*, 1882).

IV. — Ueber das Verhalten von Infectionsstoffen im Verdauungskanale (Du rôle des substances infectieuses dans le canal intestinal), par FALK (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. XCIII, Heft* 2, *p.* 177).

V. — Ueber ein praktisches Desinfectionsverfahren mit... Bromdämpf und dessen sporentötende Wirkung (Procédé pratique de désinfection au moyen de la vapeur de brome. Action destructive de cette vapeur sur les germes animés), par A. WERNICH (*Centralbl. f. d. medicin Wissensch.*, *n°* 11, 1882).

VI. — Behandlung der Infectionskrankheiten mit intra venoesen Iodeinspritzungen (Traitement des maladies infectieuses par les injections iodées intraveineuses), par W. van der HEYDEN (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1884).

I. — Tiegel, Burdon Sanderson, Béchamp, Nencki et Giacosa ont conclu de leurs recherches que les bactéries ou leurs germes existent dans les tissus sains et vivants. Au contraire, Watson Cheyne, Chiene et Ewart n'en ont point trouvé et Pasteur qui les a recherchées dans le sang ne les a pas rencontrées davantage. Les auteurs du présent mémoire reprennent les expériences de la manière suivante. L'animal est tué par le chloroforme ou l'éther et plongé dans un bain phéniqué à 5 0/0. On opère sous un nuage phéniqué à 1 pour 40, on ouvre l'abdomen, on isole la veine cave; on prend du sang avec les précautions habituelles. Les organes enlevés (reins, rate), sont placés dans un bain de paraffine chauffée à 110°, et conservés dans la solution phéniquée, suivant la méthode de Tiegel et Burdon Sanderson. On fait deux préparations de chaque tissu : l'une, laissée à froid, l'autre placée dans l'appareil à incubation à 37°,5. Les auteurs ont trouvé des organismes : la forme coccus précède la forme du bâtonnet : les bâtonnets apparaissent toujours dans le rein, sont rares dans le muscle, font défaut dans le sang. Ces organismes sont différents dans les différents tissus. — On a trouvé deux espèces de coccus correspondant aux micrococcus et mégacoccus de Billroth, se multipliant par scission et par spores. La présence des bactéries n'a pas nécessairement déterminé la production de gaz putrides : cette production est seulement une conséquence de l'élévation de température. DASTRE.

II. — Ce travail est consacré à l'étude des maladies infectieuses envisagées au point de vue de leur propagation de la mère au fœtus ; les principales affections passées en revue par l'auteur sont le charbon

bactérien, le charbon symptomatique, le choléra des poules, la variole, la vaccine, la syphilis, la septicémie. Les conclusions générales annexées à cette étude se résument de la façon suivante.

Les éléments figurés peuvent traverser le placenta en assez grande abondance pour transmettre au fœtus la maladie de la mère ou à la mère la maladie du fœtus. Dans certains cas les mêmes éléments peuvent traverser le placenta en quantité insuffisante pour transmettre la maladie, mais, en quantité suffisante toutefois pour créer une véritable vaccination (virus atténué). Ainsi s'expliquent les cas d'immunité fœtale vaccinale ou variolique, lorsque que la mère a eu la variole ou a été vaccinée, ceux de syphilis transmise du père au fœtus, la mère restant indemne en apparence, mais inapte à contracter la maladie. GIRAUDEAU.

III. — 1° De la sérosité sanguinolente, laissée à la température de 75°, devient trouble au bout d'une heure, par suite de la formation d'un précipité très fin. Elle présente sous le microscope une quantité de bactéries courtes et immobiles. Les inoculations prouvent qu'elle perd en même temps ses propriétés toxiques.

2° L'ébullition donne naissance à d'autres phénomènes: formation d'un liquide séreux incolore, ne contenant presque pas de bactéries, et de masses coagulées très compactes, qui renferment, bien au contraire un grand nombre de ces éléments. Quant à la virulence, le liquide séreux en est complètement privé, tandis que les masses coagulées agissent sur les animaux aussi fatalement que le liquide septique avant son ébullition ; avec cette différence essentielle cependant que l'inoculation de la transsudation œdémateuse d'animaux morts après avoir été inoculés avec ses masses, ne produit souvent aucun effet.

3° Le déssèchement du liquide septique fixe, pour ainsi dire, les bactéries dans l'état où elles étaient avant cette opération. C'est un état latent de leur vitalité. Il faut persister pendant 40 jours sans que les bactéries perdent la faculté de se mouvoir dès qu'elles se retrouvent dans un milieu liquide où elles peuvent se délivrer de la matière albumineuse desséchée, dans laquelle elles sont emprisonnées. En outre, dès qu'elles tombent dans un liquide nutritif, comme ceux de l'organisme animal, elles s'y multiplient rapidement et y produisent leur action funeste.

C'est de cette manière qu'on peut expliquer la nature virulente du résidu sec du liquide septique.

Cette conclusion est conforme à l'une des proposition générales sur les organismes inférieurs exprimées par Naegelé. On sait que cet auteur distingue dans la manisfestation extérieure de la vie des bactéries cinq états, et place la dessiccation et la congélation au nombre des derniers, sous le nom d'état latent qui, selon lui, peut durer des centaines d'années durant lesquelles ces bactéries conservent leur vitalité.

4° L'échauffement du résidu sec à la température de 100° pendant 3 à 24 heures, ne détruit pas les bactéries septiques ni la virulence de la matière septique; tandis que la température de 130° et au-dessus (jusqu'à 180°) pendant une heure seulement, rend la masse sèche tout à fait inoffensive et sous le microscope on n'observe plus d'élément figuré qui donne une réminiscence des bactéries.

5° En étudiant l'influence de tous les agents indiqués plus haut, on n'a

pas observé la transformation des bactéries septiques en corpuscules brillants qui, comme l'a démontré M. Pasteur, se produit dans le liquide septique sous l'influence de l'oxygène de l'air et que nous avons observée dans le même liquide soumis à l'action prolongée de la température de 40°.

6° Sous l'action prolongée (48 heures au moins) de la température de 40°, les bactéries du liquide septique se transforment peu à peu en corpuscules brillants. Cette modification peut se produire en présence de l'oxygène aussi bien qu'en son absence. La cause immédiate du phénomène réside dans une altération successive du liquide, à laquelle prennent une part active les bactéries elles-mêmes. A la suite de cette altération, le liquide devient impropre à la nutrition des bactéries, et il est entièrement dépourvu de propriétés septiques. Le même liquide septique à la température de 15°, toutes les autres conditions étant égales d'ailleurs, conserve encore sa nature toxique au bout de 26 jours. L'examen microscopique prouve que les bactéries se multiplient par scission et deviennent très courtes, si le liquide se trouve en contact avec une faible quantité d'air; elles restent dans le même état si le liquide se trouve dans des tubes soudés, privés d'air. Mais ni dans l'un, ni dans l'autre cas, elles ne subissent la transformation en corpuscules brillants.

7° Tandis que le liquide septique, soumis à l'action de la température de 40 degrés centigrades, conserve des matières propres à l'alimentation des bactéries, une quantité plus ou moins grande de ces derniers ne subit pas de transformation en corpuscules brillants et conserve sa nature septique, quoique ce liquide puisse contenir en même temps une quantité notable de produits de destruction des matières albumineuses.

8° Les corpuscules brillants qui se forment dans le liquide septique à la température de 40 degrés centigrades, ne possèdent point de propriété toxiques et, introduits dans l'organisme animal, ils ne se transforment pas en bactéries septiques; au contraire, les corpuscules qui naissent sous l'action de l'oxygène à la température de la chambre, peuvent, d'après M. Pasteur, se régénérer. V. H.

IV. — Il est très important de rechercher de quelle façon se comportent les matières infectieuses quand elles sont introduites dans le tube digestif. Cette question présente un intérêt capital au point de vue de l'étiologie et de l'hygiène publique et privée. Dans le présent travail l'auteur utilise les principales publications faites sur ce point particulier: il y ajoute le résultat de ses propres expériences.

Les champignons des moisissures ne sont guère attaqués par les sucs gastro-intestinaux : salive, suc gastrique, suc pancréatique et intestinal. Leur évolution est un peu retardée par les divers sucs abandonnés à la putréfaction.

Le bacille du charbon conserve sa virulence après avoir été exposé à l'action de la salive, de la bile et du suc pancréatique. Le suc gastrique lui fait perdre ses qualités infectieuses: il est facile de reconnaître que cette propriété antiseptique du suc gastrique appartient à l'acide chlorhydrique. La pepsine est à ce point de vue complètement impuissante.

La fermentation putride suspend les propriétés infectieuses des liquides charbonneux. Ce résultat d'expériences faites *in vitro* correspond bien à ce qu'avait appris l'expérimentation sur des animaux. L'inocula-

bactérien, le charbon s[illegible]
la vaccine, la s[illegible]
à cette é[illegible]

Les é[illegible]
abonda[illegible]
la mal[illegible]
verse[illegible]
mais
tion
ou
de
ar

[illegible] de l'estomac et du gros intestin se montre inoffensive ; [illegible] pas de même pour les matières contenues dans l'intestin grêle. [illegible] dans l'intestin grêle que se font surtout les infections [illegible], et c'est tout autant à sa disposition anatomique qu'à la [illegible] de son contenu qu'il faut attribuer cette particularité. [illegible] que l'ingestion de produits tuberculeux a donné [illegible] résultats positifs, et chez quelques animaux seulement. L'action [illegible] digestifs semble peu modifier leurs propriétés infectieuses. La [illegible] seule semble nettement les restreindre.

[illegible] résulte de tout cela que si l'intestin constitue un filtre qui résiste [illegible] quand il n'est pas lésé, les substances infectieuses le traversent sans être modifiées et conservent leurs propriétés virulentes, de là la nécessité de désinfecter les matières fécales suspectes.

A. MATHIEU.

V. — L'eau bromée ne peut servir à mettre économiquement à profit les propriétés désinfectantes du brome. On obtient à peu de frais un dégagement de vapeur en imprégnant de brome liquide des fragments de silice préparée dans un état de porosité extrême et de très faible densité. Deux séries d'expériences ont permis d'établir les effets de ce procédé : dans un premier groupe de faits on expose, à des distances variables du foyer de dégagement de brome, des fils de soie imprégnés d'un liquide riche en bactéries de charbon, puis on dépose ces fils dans de la gélatine nutritive préparée avec l'humeur aqueuse et stérilisée; les résultats ne sont pas absolument probants à cause de la difficulté qu'il y a à stériliser parfaitement la gélatine de culture. Une seconde série d'expériences est au contraire tout à fait démonstrative ; elles consistent à inoculer à des souris les fils de soie traités comme précédemment. Les animaux inoculés au moyen de fils de soie sont soumis aux vapeurs de brome, meurent avec les lésions du charbon et leur sang peut servir à des inoculations positives. Il en est de même, lorsque la distance qui séparait les fils du foyer de dégagement de brome était trop considérable. Les fils bien imprégnés par les vapeurs du brome ont perdu leurs propriétés nocives.

On peut conclure des expériences qu'il suffit d'employer 4 grammes de brome par mètre cube d'air, pour rendre inoffensifs les corps chargés de germes qui se trouvent dans un espace donné.

VI. — L'auteur a cherché parmi les divers groupes de médicaments et a pu constater que l'iode (comme le chlore et le brome) peut empêcher le développement des microbes, si on l'emploie dans la proportion de 1/5000 de la quantité totale du sang. On pourrait donc injecter jusqu'à 75 centigrammes d'iode dans le sang d'un homme.

Les premières injections furent faites à des Japonais et se montrèrent très efficaces dans les fièvres gastrique, typhoïde et d'autres; de même dans la première période de choléra, mais non dans le stade algide. Elles se sont montrées plus particulièrement efficaces dans la lèpre. Des expériences très satisfaisantes furent faites dans la peste bovine.

L'auteur se sert de la solution suivante :

Iode.....	1 p.
Iodure de sodium.....	2 p.
Eau.....	7 p.

et il opère comme pour la saignée de la veine médiane de l'homme.

Quelques heures après l'injection la température monte, il y a de la céphaléo, une sialorée abondante, de la diurèse et déjà au bout de 15 minutes on trouve l'iode dans les urines. Ces symptômes ne durent que 3 heures environ, l'euphorie survient en deux jours. M. SCHACHMANN.

I. — Recherches sur les phagocytes mésodermiques de quelques animaux vertébrés, par METCHNIKOFF (*Rousskaia Medicina*, n° 1, 1884).

II. — Recherches sur la digestion intracellulaire chez les invertébrés, par METCHNIKOFF (*Ibid.* n°s 3, 4, 5 *et* 6, 1884).

III. — Du rôle des globules blancs du sang par rapport aux bactéries pathogènes, par N. WASSILIEFF (*Jégéned klin. Gazeta*, n° 12, 1884).

I. — L'auteur donne le nom de « phagocyte » à toute cellule qui possède la faculté d'englober, d'absorber, de s'approprier des substances solides. Dans sa forme la plus accomplie, cette faculté des phagocytes s'observe surtout dans le mésoderme où se trouve une grande quantité de cellules amiboïdes qui *dévorent* les corps étrangers, ainsi que les éléments déjà usés et morts de l'organisme. On savait depuis longtemps que les globules blancs du sang se comportent d'une manière analogue à ces phagocytes du mésoderme, mais jusqu'à présent on n'était pas encore arrivé à admettre que, d'une façon générale, l'absorption des corps étrangers par les cellules constitue pour celles-ci leur acte de nutrition et que la désagrégation, la destruction dans l'intérieur des cellules des particules englobées n'est au fond autre chose que le processus de digestion des cellules — une *digestion intracellulaire*. Les cellules mésodermiques des éponges et de quelques autres invertébrés jouent, comme l'on sait, un rôle important dans le processus de nutrition de ces animaux. Les cellules mésodermiques des vertébrés (cellules amiboïdes du tissu conjonctif et cellules lymphatiques mobiles) posséderaient, d'après l'auteur, les mêmes propriétés. C'est du moins ce que lui ont montré ses observations sur le têtard. Pendant l'involution (l'atrophie) de la queue du têtard on y trouve, dès le début du processus, une masse de cellules amiboïdes qui contiennent des morceaux entiers de fibres nerveuses et de fibrilles musculaires primitives. On peut même voir comme les cellules amiboïdes s'agglomèrent près du muscle caudal, entourent peu à peu les fibrilles musculaires primitives et finissent par les dévorer.

En provoquant chez les grenouilles une septicémie artificielle au moyen d'injections hypodermiques de sang putride, Metchnikoff put constater un nombre plus ou moins grand de bacilles à l'intérieur des globules blancs du sang de l'animal, et surtout dans les phagocytes de la rate. De ce fait Metchnikoff croit pouvoir conclure que la rate est, dans une certaine mesure, un organe pour ainsi dire prophylactique, qui sert à éliminer de l'organisme les corps étrangers pathogènes. Il serait curieux et désirable d'entreprendre des expériences dans le but de comparer la force de résistance à l'infection des animaux privés de rate et de ceux qui ont conservé cet organe. Dans ces expériences il faudrait, naturellement, ne pas perdre de vue que les glandes lymphatiques et la moelle des os exercent la même action prophylactique que la rate.

Metchnikoff a pu se convaincre que chez les invertébrés le fait primor-

tion du contenu de l'estomac et du gros intestin se montre inoffensive ; il n'en est pas de même pour les matières contenues dans l'intestin grêle.

C'est du reste dans l'intestin grêle que se font surtout les infections intestinales ; et c'est tout autant à sa disposition anatomique qu'à la nature chimique de son contenu qu'il faut attribuer cette particularité.

On sait que l'ingestion alimentaire de produits tuberculeux a donné peu de résultats positifs, et chez quelques animaux seulement. L'action des sucs digestifs semble peu modifier leurs propriétés infectieuses. La putréfaction seule semble nettement les restreindre.

Il résulte de tout cela que si l'intestin constitue un filtre qui résiste mécaniquement à l'infection quand il n'est pas lésé, les substances infectieuses le traversent sans être modifiées et conservent leurs propriétés virulentes: de là la nécessité de désinfecter les matières fécales suspectes.

A. MATHIEU.

V. — L'eau bromée ne peut servir à mettre économiquement à profit les propriétés désinfectantes du brome. On obtient à peu de frais un dégagement de vapeur en imprégnant de brome liquide des fragments de silice préparée dans un état de porosité extrême et de très faible densité.

Deux séries d'expériences ont permis d'établir les effets de ce procédé : dans un premier groupe de faits on expose, à des distances variables du foyer de dégagement de brome, des fils de soie imprégnés d'un liquide riche en bactéries de charbon, puis on dépose ces fils dans de la gélatine nutritive préparée avec l'humeur aqueuse et stérilisée ; les résultats ne sont pas absolument probants à cause de la difficulté qu'il y a à stériliser parfaitement la gélatine de culture. Une seconde série d'expériences est au contraire tout à fait démonstrative ; elles consistent à inoculer à des souris les fils de soie traités comme précédemment. Les animaux inoculés au moyen de fils de soie sont soumis aux vapeurs de brome, meurent avec les lésions du charbon et leur sang peut servir à des inoculations positives. Il en est de même, lorsque la distance qui séparait les fils du foyer de dégagement de brome était trop considérable. Les fils bien imprégnés par les vapeurs du brome ont perdu leurs propriétés nocives.

On peut conclure des expériences qu'il suffit d'employer 4 grammes de brome par mètre cube d'air, pour rendre inoffensifs les corps chargés de germes qui se trouvent dans un espace donné.

VI. — L'auteur a cherché parmi les divers groupes de médicaments et a pu constater que l'iode (comme le chlore et le brome) peut empêcher le développement des microbes, si on l'emploie dans la proportion de 1/5000 de la quantité totale du sang. On pourrait donc injecter jusqu'à 75 centigrammes d'iode dans le sang d'un homme.

Les premières injections furent faites à des Japonais et se montrèrent très efficaces dans les fièvres gastrique, typhoïde et d'autres ; de même dans la première période de choléra, mais non dans le stade algide. Elles se sont montrées plus particulièrement efficaces dans la lèpre. Des expériences très satisfaisantes furent faites dans la peste bovine.

L'auteur se sert de la solution suivante :

Iode.....	1 p.
Iodure de sodium.....	2 p.
Eau.....	7 p.

et il opère comme pour la saignée de la veine médiane de l'homme.

Quelques heures après l'injection la température monte, il y a de la céphaléo, une sialorée abondante, de la diurèse et déjà au bout de 15 minutes on trouve l'iode dans les urines. Ces symptômes ne durent que 3 heures environ, l'euphorie survient en deux jours. M. SCHACHMANN.

I. — Recherches sur les phagocytes mésodermiques de quelques animaux vertébrés, par METCHNIKOFF (*Rousskaia Medicina*, n° 1, 1884).

II. — Recherches sur la digestion intracellulaire chez les invertébrés, par METCHNIKOFF (*Ibid.* n°s 3, 4, 5 *et* 6, 1884).

III. — Du rôle des globules blancs du sang par rapport aux bactéries pathogènes, par N. WASSILIEFF (*Jégéned klin. Gazeta*, n° 12, 1884).

I. — L'auteur donne le nom de « phagocyte » à toute cellule qui possède la faculté d'englober, d'absorber, de s'approprier des substances solides. Dans sa forme la plus accomplie, cette faculté des phagocytes s'observe surtout dans le mésoderme où se trouve une grande quantité de cellules amiboïdes qui *dévorent* les corps étrangers, ainsi que les éléments déjà usés et morts de l'organisme. On savait depuis longtemps que les globules blancs du sang se comportent d'une manière analogue à ces phagocytes du mésoderme, mais jusqu'à présent on n'était pas encore arrivé à admettre que, d'une façon générale, l'absorption des corps étrangers par les cellules constitue pour celles-ci leur acte de nutrition et que la désagrégation, la destruction dans l'intérieur des cellules des particules englobées n'est au fond autre chose que le processus de digestion des cellules — une *digestion intracellulaire*. Les cellules mésodermiques des éponges et de quelques autres invertébrés jouent, comme l'on sait, un rôle important dans le processus de nutrition de ces animaux. Les cellules mésodermiques des vertébrés (cellules amiboïdes du tissu conjonctif et cellules lymphatiques mobiles) posséderaient, d'après l'auteur, les mêmes propriétés. C'est du moins ce que lui ont montré ses observations sur le têtard. Pendant l'involution (l'atrophie) de la queue du têtard on y trouve, dès le début du processus, une masse de cellules amiboïdes qui contiennent des morceaux entiers de fibres nerveuses et de fibrilles musculaires primitives. On peut même voir comme les cellules amiboïdes s'agglomèrent près du muscle caudal, entourent peu à peu les fibrilles musculaires primitives et finissent par les dévorer.

En provoquant chez les grenouilles une septicémie artificielle au moyen d'injections hypodermiques de sang putride, Metchnikoff put constater un nombre plus ou moins grand de bacilles à l'intérieur des globules blancs du sang de l'animal, et surtout dans les phagocytes de la rate. De ce fait Metchnikoff croit pouvoir conclure que la rate est, dans une certaine mesure, un organe pour ainsi dire prophylactique, qui sert à éliminer de l'organisme les corps étrangers pathogènes. Il serait curieux et désirable d'entreprendre des expériences dans le but de comparer la force de résistance à l'infection des animaux privés de rate et de ceux qui ont conservé cet organe. Dans ces expériences il faudrait, naturellement, ne pas perdre de vue que les glandes lymphatiques et la moelle des os exercent la même action prophylactique que la rate.

Metchnikoff a pu se convaincre que chez les invertébrés le fait primor-

dial et essentiel dans l'évolution du processus inflammatoire consiste dans une accumulation, à l'endroit de l'inflammation, des phagocytes qui dévorent les particules solides irritantes. « Le même phénomène a lieu chez les vertébrés. » Les nageoires caudales de la larve du triton se prêtent surtout à ce genre d'observations. On y voit nettement — après une cautérisation au nitrate d'argent, par exemple, — que les cellules s'accumulent dans la région du processus inflammatoire et qu'elles englobent et dévorent les particules solides qu'elles rencontrent telles que les globules rouges du sang, les grains de carmin, de pigment, etc. Quand la quantité de corps étrangers engloutis est considérable, les cellules rentrent leurs prolongements, perdent leur forme étoilée et ne se distinguent plus, quant à l'extérieur, des cellules fixes du tissu conjonctif.

Chez le tétard les cellules du tissu conjonctif prennent aussi une part active au processus inflammatoire, mais un rôle plus important encore appartient à la diapédèse des globules blancs du sang à travers les parois des capillaires. Metchnikoff croit que cette diapédèse est de nature active et rejette la théorie régnante de l'inflammation d'après laquelle l'exsudation inflammatoire dépendrait d'une affection des parois vasculaires. Selon Metchnikoff, l'inflammation serait plutôt l'effet d'une lutte entre les phagocytes et les substances solides pathogènes (cellules malades et nécrosées, microbes, corps étrangers, etc.). D'après l'hypothèse de Metchnikoff, le passage des globules blancs à travers les parois vasculaires s'effectue à l'aide de cellules du tissu conjonctif et de l'endothelium des vaisseaux. Les cellules de l'endothelium possèdent aussi une certaine mobilité et contractibilité. L'irritation phlogogène agirait d'abord sur les phagocytes du tissu conjonctif qui commenceraient aussitôt à rentrer leurs prolongements. Ces changements exerceraient une influence sur la paroi endothéliale et la mettraient enfin dans un état (?) qui non seulement favorise la diapédèse active des globules blancs, mais produit aussi un entraînement passif des corpuscules rouges du sang. A l'appui de cette hypothèse, Metchnikoff cite ce fait que dans les maladies bactéridiennes (septicémie des grenouilles, fièvre récurrente de l'homme) l'extravasation des phagocytes ne se produit pas, les globules blancs pouvant s'adonner à la chasse aux bactéries pathogènes dans le sang même sans sortir des vaisseaux. De ce point de vue, on peut envisager la lutte entre les phagocytes et les corps irritants, pathogènes — quand elle a lieu dans le sang même — comme une variété de l'inflammation du sang, comme une *hémite*.

II. — La digestion intracellulaire se fait chez quelques éponges et chez les coelentérés par l'intermédiaire de cellules ectodermiques et chez les autres invertébrés, au moyen d'éléments migrants mésodermiques. L'englobement des corps étrangers par l'ectoderme ne peut être observé que dans des cas rares et exceptionnels. Il est, au contraire, très facile de se convaincre de la faculté des cellules migrantes du mésoderme d'engloutir et de digérer les substances solides nutritives. C'est ainsi que pendant la métamorphose des larves des échinodermes et d'autres invertébrés la fonction digestive des cellules migrantes mésodermiques se manifeste clairement dans les phénomènes de l'absorption des parties (désormais inutiles) qui s'atrophient. Quand le corps qui doit être « dévoré » est trop grand pour pouvoir être englouti par une cellule méso-

dermique, il est entouré par plusieurs cellules qui s'unissent, se fusionnent en formant des plasmodies (cellules géantes des vertébrés). Chez la bipinnaria qui n'a pas de trace de vaisseaux, il se produit aussi une accumulation de cellules amiboïdes du mésoderme autour du corps étranger. Ainsi, au point de vue de la pathologie comparée, on ne peut admettre la thèse de Cohnheim que « sans vaisseaux il n'y a pas d'inflammation. » Généalogiquement, dans la série des êtres, l'inflammation a une origine antérieure à la formation du système vasculaire.

En injectant dans le tissu muqueux de la Phyllirha différentes substances, telles que carmin, corpuscules d'amidon, œufs et sperme du sphaerochinus granularis, Metchnikoff a trouvé que, loin de dévorer tout ce qu'elles rencontrent, les cellules mésodermiques ont, au contraire, une certaine faculté de discernement, de choix dans leur nourriture ; elles ne s'attaquent jamais aux œufs vivants du sphaerochinus, mais « mangent » volontiers ces mêmes œufs quand ils sont cuits! Chez quelques invertébrés adultes, les cellules mésodermiques dévorent les produits du processus nécrotique artificiellement provoqué et les bactéries qu'on injecte dans la peau de l'animal (comme, par exemple, chez la bipinnaria). Koch a trouvé le bacille de l'anthrax et de la septicémie des souris à l'intérieur des globules blancs du sang et le bacille de la tuberculose dans les cellules géantes.

De ces faits Metchnikoff se croit en droit de conclure que dans tout le règne animal la fonction digestive des cellules migrantes a une action prophylactique, c'est-à-dire qu'elle sert à la défense de l'organisme contre l'infection — contre les bactéries et les substances qui sont un terrain favorable pour le développement et la multiplication de ces bactéries.

III. — Wassilieff est en désaccord complet avec Metchnikoff sur le rôle que ce dernier attribue aux globules blancs du sang. Les changements microscopiques dans la septicémie expérimentale des grenouilles varient, d'après Wassilieff, selon le stade de la maladie. Le premier et le second jour après l'inoculation d'un sang septique dans le sac lymphatique dorsal de la grenouille on ne voit chez l'animal aucune trace de bactéries libres dans le sang. A cette période initiale toutes les bactéries se trouvent toujours à l'intérieur du protoplasme des globules blancs et n'apparaissent libres dans le sang que dès le troisième jour et quelquefois même plus tard. Mais il suffit de plonger le premier ou le second jour une patte de la grenouille septique dans l'eau à 50° centigrades et de l'y laisser pour quelques secondes pour trouver, quelques heures après, dans les vaisseaux dilatés de cette patte une quantité considérable de microbes qui nagent librement dans le liquide sanguin. Sans nul doute, ces colonies de microbes naissent exclusivement des germes à l'intérieur des globules blancs, car — comme il a été dit — il ne se trouve avant le chauffage de la patte aucune bactérie dans le plasma du sang (?).

Ces faits démontreraient, d'après Wassilieff : 1° que la migration des bactéries septiques depuis l'endroit de leur inoculation (sac lymphatique dorsal) le long du système vasculaire a lieu par l'intermédiaire des globules blancs et 2° que les globules blancs du sang sont (du moins pour les bactéries septicémiques de la grenouille) une espèce d'appareil à culture dans lequel les microbes restent jusqu'au moment où ils deviennent capables de vivre librement dans le plasma du sang. Ce désaccord avec

Metchnikoff, Wassilieff l'explique par le fait que Metchnikoff et lui avaient à faire à deux formes différentes de l'infection chez la grenouille : en injectant du sang putride, Metchnikoff provoquait, probablement, non la septicémie, mais une des variétés de l'intoxication putride. L'organisme animal se comporte différemment vis-à-vis des bactéries putrides et des bactéries pathogènes (septicémiques). On peut, par exemple, observer des formes pathologiques différentes selon que l'on injecte à la grenouille du poison septique pur (sang d'une grenouille septicémique vivante), une liqueur putride (sang putride, muscles putréfiés) ou un mélange de poison septique et de substances putrides. On a, dans le premier cas, une septicémie franche, sans altérations locales à l'endroit de l'inoculation ; dans le second cas rien que des phénomènes inflammatoires locaux et dans le troisième l'un et l'autre à la fois. Dans la septicémie, comme après l'injection simple d'un liquide putride, on constate des bactéries dans le sang. Mais le sort de ces deux variétés de microbes est différent. Du sort des bactéries septiques il a été déjà parlé plus haut. Quant aux microbes putrides, on connaît depuis longtemps qu'ils ne restent dans le protoplasme des globules blancs que très peu de temps et puis disparaissent assez promptement sans laisser de traces. Sont-ils digérés par les globules blancs, comme le pense Metchnikoff ? Sont-ils excrétés par les reins, comme l'admet Recklinghausen ? C'est une question qui attend encore sa solution.

L'auteur conclut — contrairement à Metchnikoff — que les globules blancs ne possèdent pas la faculté de détruire les bactéries pathogènes, infectieuses, septicémiques et qu'en les portant aux différents endroits de l'organisme ils favorisent même leur généralisation et leur multiplication.

W. HOLSTEIN.

Werden mit der Expirationsluft Bacterien aus dem Körper entführt ? (Le courant d'air d'expiration entraîne-t-il des bactéries ?), par W.-M. GUNNING (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk. janvier* 1882).

Lors de la discussion provoquée par Snellen au Congrès international d'Amsterdam (septembre 1879), sur l'antisepsie dans les opérations oculaires, le professeur Becker, d'Heidelberg, avait déjà attiré l'attention sur le danger d'inoculation des plaies opératoires faites sur l'œil, par les bactéries contenues dans le courant d'air d'expiration ; il signalait, comme exemple de ce fait, les mauvais résultats opératoires obtenus par un chirurgien dont l'haleine était loin d'avoir les qualités de pureté requises.

Déjà d'autres auteurs avaient signalé la présence de microorganismes dans les liquides buccaux, sur les dents, principalement les dents cariées, sur les amygdales, la base de la langue, le pharynx, la muqueuse nasale et dans les mucocités expuées le matin à l'état normal. le courant d'air de la respiration suffirait pour entraîner les bactéries déposées sur la muqueuse buccale.

Ces idées corroborées par des expériences et certains faits invoqués à l'appui (décomposition rapide de la viande fraîche, de conserves alimentaires sous l'influence de l'haleine d'une femme enceinte ; évolution gangréneuse fréquente des morsures d'homme, etc.), lorsque Gunning, à

son tour, reprend les expériences antérieures en les modifiant; et de ses recherches il croit pouvoir conclure : *a*) que dans l'inspiration l'air est débarrassé des bactéries dont il était chargé; *b*) que le courant d'air d'expiration n'entraîne aucun microorganisme hors des cavités naturelles. S'il en est ainsi à l'état normal, il en sera de même aussi à l'état pathologique. ROHMER.

I. — **Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrandes contagium (Production expérimentale du contage du charbon), par H. BUCHNER** (*Münchener Akad. Sitzungsber. II*).

II. — **Der Heupilz (Bacillus subtilis) in seinem Verhalten, nach mehrfachen Umzüchtungen in Fleischextractlösungen und im kaninchenblut (Les bactéries du foin et leur action sur l'organisme animal après des cultures répétées dans les solutions d'extrait de viande et dans le sang de lapin), par F. KOHLER** (*Dissert. Göttingen* 1881).

III. — **Beiträg zur Lehre von der Immunität und Mitigation (Immunité et atténuation des virus), par E. SEMMER et RANPACH** (*Deutsch. Zeitschr. f. Thier med. VII, p.* 347).

IV. — **Zur Ætiologie des Milzbrands, par KOCH** (*Mittheil. aus d. kaiserl. Gesund. I*).

V, — **Die Umwandlung der Milzbrandbakterien in unschädliche Bakterien (La transformation des bactéries du charbon en bactéries inoffensives), par H. BUCHNER** (*Arch. f. path. Anat. u. Phys. Band XII, Heft* 3, *p.* 410).

VI. — **Annotazioni relative al carbonchio, par E. PERRONCITO** (*Giorn. d. reale Accad. di med. di Torino, avril-mai* 1883).

VII. — **Esperienze per determinare se nel sanguedegli animali infestati di carbonchio awenga la sporificazione), par CARITA** (*Ibidem, juin* 1883).

VIII. — **Sur l'atténuation du virus charbonneux, par PERRONCITO** (*Arch. ital. de biologie, p.* 56, 1883).

IX. — **Sur la ténacité de vie du virus charbonneux, par LE MÊME** (*Ibid., p.* 321, 1883).

X. — **Sur l'immunité contre le charbon, par L. GRIFFINI** (*Ibid., p.* 210 *mai* 1883).

XI. — **De la transmission du charbon des mères aux fœtus, par E. PERRONCITO** (*Ibid., p.* 58, 1883).

XII. — **Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints de charbon, par CHAMBRELENT et MOUSSOUS** (*Arch. de tocologie, février* 1884).

XIII. — **De la transmission du charbon par les voies digestives, par PERRONCITO** (*Arch. ital. de biol., p.* 178, 1884).

I. — Buchner donne le nom de *bacterium subtile* à la bactérie du foin qu'il regarde comme la forme originelle de la bactérie charbonneuse. Suivant les conditions de culture, les propriétés infectieuses des bactéries charbonneuses persistent ou disparaissent; elles se conservent toutes les fois que le mode de culture ne fournit pas aux bactéries des conditions très favorables de développement.

Dans la tranformation par culture des bactéries charbonneuses en bactéries non infectieuses, on peut distinguer trois stades intermédiaires. La forme moyenne est caractérisée par ce fait que quatre jours après l'inoculation de fortes doses de virus, elle produit le charbon mortel. La transformation des bactéries charbonneuses les plus actives en cette forme affaiblie peut se faire en 24 ou 48 heures. La culture doit être faite dans une solution alcaline de jaune d'œuf. Les bactéries ainsi obtenues et cultivées sont, au point de vue morphologique, semblables à celles du charbon; elles s'en distinguent par leur tendance à gagner la surface, par leurs mouvements propres, par le rôle de ferment qu'elles jouent activement par rapport à l'albumine dissoute, enfin par une diminution notable d'action sur l'organisme animal.

Le virus charbonneux primitif, cette forme intermédiaire et la bactérie du foin représentent les trois stades d'accommodation du *bacterium subtile*.

II. — Köhler s'est proposé, sous la direction de Orth, de transformer par culture le bacillus du foin en bactérie infectieuse (on ne faisait simultanément et on n'avait fait auparavant aucune expérience sur le charbon, capable de fournir des germes et d'altérer les cultures). Les bactéries du foin, inactives, sont cultivées dans la solution d'extrait de viande, puis (après 12 cultures) dans le sang de lapin frais et recueilli avec les précautions nécessaires. Après 30 cultures de 24 heures chacune, on obtient des résultats positifs : des souris et des lapins inoculés avec de petites quantités du microbe cultivé, présentèrent des bacilles dans le sang et quelques-uns eurent une tuméfaction manifeste de la rate.

III. — Les expériences de Semmer et Ranpach ont eu pour objet de comparer les divers moyens d'atténuation des virus de la septicémie, de la variole du mouton et de la peste bovine.

Le procédé de Toussaint qui a pour but d'atténuer les contages par l'action de températures variées est simple, mais non absolument sûr. Le degré de température auquel il faut avoir recours varie avec la nature de chaque virus. Le contage de la peste bovine perd son activité et son pouvoir préservatif à 55° centigrades; il en est de même du virus septicémique; pour le charbon, le même effet est produit à 56°, 57°; pour les spirilles de la fièvre récurrente, à 41°, 42°; le contage de l'érysipèle résiste à une température de 55°, et celui de la variole du mouton à 45°,

L'injection de petites quantités de virus dans les voies circulatoires (méthode d'Arloing, Cornevin, Thomas), mérite de nouvelles expérimentations.

La méthode la plus sûre mais aussi la plus délicate dans l'application est celle qu'a indiquée Pasteur et qui consiste à faire une série de cultures successives qui diminuent l'activité des microorganismes.

IV. — L'auteur conteste l'exactitude de deux assertions de Pasteur sur l'étiologie du charbon. Il ne croit pas qu'on doive admettre que le charbon se développe là seulement où des cadavres d'animaux charbonneux sont enterrés et que les vers de terre ramènent à la surface les spores du charbon. On voit, dit-il, le charbon se produire dans des endroits où jamais n'ont été enterrés d'animaux charbonneux et où n'ont pas pénétré des spores provenant de pareils cadavres. Le sol n'a que temporairement, dans toute l'Europe centrale, une température suffisante

à un demi-mètre de profondeur, pour permettre la formation de spores; dans les expériences, en effet, les bacilles donnent des spores entre 20 et 25°; à 18° le développement est notablement ralenti, il cesse complètement à 15°.

Les vers de terre ne trouvent donc pas dans les parties profondes du sol des spores qu'ils puissent ramener à la surface, et à la surface ils sont des intermédiaires inutiles. En fait de la terre imprégnée de spores de charbon a, dans 6 cas sur 7, produit le charbon vrai, et une fois le charbon associé à l'œdème malin, tandis que le contenu de l'intestin des vers pris dans cette terre est resté six fois inactif, et une fois actif (encore dans ce fait doit-on se demander si des particules de terre adhérentes n'avaient pas été les vecteurs des germes.

La transformation par culture des bacilles de charbon en bacilles du foin, admise par Buchner, n'est pas démontrée; il y a de nombreuses causes d'erreurs. Quant à la transformation inverse des bacilles du foin en bacilles charbonneux, il faut se rappeler qu'il y a d'autres bacilles pathogènes qui déterminent des accidents analogues à ceux du charbon, et que les bacilles du foin peuvent, dans les cultures, être mêlés de bacilles pathogènes très répandus, comme ceux de l'œdème malin, que l'on confond avec ceux du charbon.

D'après Koch, les bacilles du charbon ne sont pas nécessairement attachés à l'organisme animal pour la conservation de leur espèce; ils ont une existence saprophytique, dans le sens que les botanistes donnent à ce mot, et font accidentellement des invasions, toujours spécifiques dans l'organisme animal.

V. — Il s'agit d'une réclamation de priorité et de récriminations à l'adresse de Koch. H. Buchner, en 1878 (*Bayer Intell. Blatt*, § 212), a publié les résultats qu'il a obtenus en cherchant à atténuer la nocivité des bactéries du charbon en employant des méthodes particulières de culture. Il avait été amené par les communications de Naegelé à entreprendre des recherches dans ce sens. Naegelé avait déclaré que la virulence des microbes était surtout la conséquence de leur facilité plus ou moins grande à suivre et se développer dans certains milieux qu'il était possible de modifier cette faculté d'adaptation et en conséquence d'augmenter ou d'atténuer leurs propriétés infectieuses.

Buchner a cultivé les bactéries charbonneuses dans les liquides habituellement usités, seulement il a ajouté un excitateur qui fait pénétrer dans le bouillon de culture une grande quantité d'oxygène. Dans ces conditions, les propriétés infectieuses des bactéries s'atténuent ainsi que le montrent les inoculations pratiquées.

Pasteur ayant appelé l'attention sur la vaccine charbonneuse, la vaccination a été tentée avec les liquides de culture préparés par Buchner; elle a donné des résultats qui paraissent même supérieurs à ceux qui ont été obtenus avec les liquides fournis par Pasteur lui-même.

Buchner prépare à l'aide de ses liquides de culture, de gomme arabique et de glycérine, de petits bâtons secs facilement transportables : il suffit d'en introduire un petit fragment sous la peau de l'animal en expérience.

De même que l'on diminue les propriétés infectieuses des microbes en variant les milieux d'éducation, on peut aussi rendre dangereux des mi-

crobes inoffensifs : il y a là toute une méthode. Buchner demande que Koch veuille bien se donner la peine de la prendre en considération et de la contrôler. A. MATHIEU.

VI. — Les expériences de l'auteur ont porté sur les points suivants :

1° L'immunité des poules *à l'égard du charbon*, quand on n'a pas soin d'abaisser artificiellement leur température; toutes les inoculations ont échoué, sauf une seule pratiquée avec un liquide qui contenait à la fois des bactéridies charbonneuses et des microbes de la putréfaction; l'animal a succombé au bout de treize jours avec une tuméfaction marquée de la rate et une énorme hypertrophie graisseuse du foie; le sang renfermait des bactéridies en petit nombre et des microbes de putréfaction en plus grande abondance; il est probable que le développement de la septicémie avait préparé le terrain et favorisé la multiplication du bacille charbonneux en troublant la calorification de l'oiseau;

2° La non-transmissibilité du charbon par les voies digestives; l'auteur a fait manger à divers animaux des viandes charbonneuses et des produits de culture sous toutes les formes, sans obtenir un seul cas d'infection; la chaire des animaux morts du charbon au laboratoire a été consommée, cuite, par diverses personnes sans qu'il en résultât aucun inconvénient;

3° L'action du chlorure de sodium sur le bacillus anthracis; elle est absolument nulle et dans les solutions même saturées le microbe charbonneux conserve toute sa virulence; après onze jours de séjour dans cette solution les produits de culture ont produit la maladie à coup sûr chez tous les animaux inoculés;

4° La résistance du virus charbonneux a divers agents chimiques; le sublimé corrosif en solution au millième, l'eau chlorée, l'eau bromée, font périr sûrement les spores en moins de deux heures; en revanche les solution ssaturées de permanganate de potasse, d'acide phénique, de thymol, d'acide picrique, la glycérine, etc., n'ont aucune action sur eux.

VII. — L'auteur a entrepris de rechercher si la sporification du bacillus anthracis peut se faire dans le sang des animaux charbonneux, et si c'est sous forme de spores ou de bâtonnets que le virus traverse le placenta pour passer de la mère au fœtus. Dans ce but il soumet une rate charbonneuse à la température de 55° (suffisante pour tuer les bactéries mais non pour les spores) et pratique avec la pulpe de cette rate des inoculations qui restent stériles : il en conclut que la bactéridie charbonneuse ne donne pas de spores dans le sang, et que ce dernier doit sa virulence exclusivement aux bâtonnets. Il prend ensuite des fœtus d'animaux morts du charbon et les fait séjourner pendant un à trois mois dans l'alcool (auquel les spores charbonneuses résistent à merveille); les inoculations pratiquées avec la subtance de ces fœtus restent stériles, et il en est de même des liquides de culture où l'examen microscopique ne décèle aucune végétation bactéridienne. Donc le sang et les tissus des fœtus charbonneux ne renferment pas de spores et la transmission du charbon de la mère à l'enfant se fait constamment sous la forme bacillaire.

H. B.

VIII. — L'auteur a communiqué à l'Académie des sciences de Rome, dans la séance du 3 décembre 1883 le résultat d'expériences faites par lui sur un grand nombre d'animaux, à l'aide d'un virus atténué de sa

composition. Tandis que M. Pasteur inocule successivement deux virus atténués, le premier faible, le second fort, M. Perroncito est arrivé à préparer un vaccin unique qui met les bœufs à l'abri du charbon. Ce vaccin ne peut s'appliquer qu'à l'espèce bovine; inoculé à un animal d'une autre espèce, il le tue après un laps de temps variable. Ce vaccin unique doit varier d'intensité avec chaque espèce animale et être préparé spécialement en vue de chacune d'elles.

IX. — L'auteur a examiné comparativement la résistance vitale du virus charbonneux mis en contact avec un grand nombre de substances que nous ne pouvons énumérer toutes ici et a noté avec soin pour chacune d'elles la durée de cette résistance. Il termine en faisant remarquer que l'action antipyrétique d'un grand nombre de médicaments, quinine, acide phénique, phénate de soude, acide-salicylique, acide thymique, substances alcooliques, en général, doit être rattachée vraisemblablement à l'action parasiticide dont ces substances sont douées.

X. — Les expériences entreprises par l'auteur en vue de contrôler diverses recherches de Davaine, Toussaint, Pasteur, Chauveau, etc., l'ont conduit à penser que le sang du fœtus contient peu de bacilles charbonneux, mais bien des spores vivantes qui se développent rapidement en bacilles après leur sortie du corps du fœtus. Contrairement à ce que dit Toussaint, toutes les inoculations de sang charbonneux faites après un séjour de dix heures à une température de 55° n'ont donné aucun résultat. A cette température les bacilles charbonneux sont tués. Si Toussaint a pu, grâce à ce procédé, produire un liquide de vaccination, c'est sans doute parce qu'il s'est servi de vases trop grands, de façon que les parties centrales n'atteignaient pas la température de 55° ou que le sang contenait des spores vivantes, qui ne sont pas tuées à cette température, mais probablement sont seulement modifiées dans leur activité.

Les spores du bacillus anthracis, le bacillus même et ses filaments sporiférés mis dans de petites chambres avec du sang ou du sérum de sang de vaches vaccinées par la méthode Pasteur et par cela même indemnes, ou bien avec du sang de vaches qui, inoculées avec du virus, ont eu déjà une forme grave de charbon se reproduisent toujours en grande quantité, tout comme dans le sang ou le sérum des vaches saines. L'auteur croit avoir démontré expérimentalement que l'immunité ne dépend pas, ainsi que Chauveau le prétend, du défaut de substances nécessaires à la prolifération du bacillus anthracis dans les liquides des animaux indemnes, ni de la présence de substances contraires à la prolifération de ce bacillus. Il rejette également l'idée qui attribue cette immunité à l'existence dans le sang d'un microphyte particulier capable de s'opposer à la prolifération du bacillus. Pour lui elle dépendrait très probablement d'une résistance plus grande que les éléments cellulaires des tissus acquièrent par les vaccinations.

XI. — Ce travail peut être considéré comme la confirmation des conclusions du mémoire lu à la Société de Biologie (16 décembre 1882) par MM. Straus et Chamberland. L'auteur qui aurait entrepris une partie de ses recherches avant la communication des médecins français est arrivé aux mêmes résultats qu'eux; le seul point de divergence entre ces expérimentateurs porte sur le degré de fréquence de la transmission du charbon de la mère au fœtus. Tandis que MM. Straus et Chamberland

disent que « la barrière placentaire est souvent franchie » M. Perroncito, au contraire, pense que cette propagation doit être considérée comme s'effectuant rarement. GIRAUDEAU.

XII. — Trois expériences d'inoculation de charbon à des femelles en gestation ont montré que les bactéridies passaient dans le lait. Le microscope est quelquefois impuissant à les y déceler. On peut en conclure qu'elles s'y trouvent en quantité beaucoup moins considérable que dans le sang, où on les constate facilement et où elles existent en abondance. Cependant le lait en contient, car on peut le cultiver et les inoculations aux animaux du bouillon de culture qui en résulte, produisent le charbon. PORAK.

XIII. — Les expériences faites par l'auteur lui ont démontré que l'infection par la voie des intestins est plus difficile par les bacilles que par les spores et qu'elle peut avoir lieu toutes les fois que des bacilles dépassent l'estomac sans subir l'action du suc gastrique et trouvent dans l'intestin des points dénués d'épithélium soit comme effet de parasitisme, soit encore parce que les aliments rugueux et grossiers produisent facilement des catarrhes qui causent l'exfoliation de l'épithélium et produisent ainsi la condition indispensable pour que l'infection puisse avoir lieu. D'après M. Perroncito le charbon dit spontané pénètre par les voies de la digestion spécialement et est presque toujours causé par le virus à l'aide de spores; mais ces derniers, ovales, même en quantité considérable, doivent trouver des surfaces dénuées d'épithélium pour être absorbés et produire le charbon. C. GIRAUDEAU.

I. — Ueber die Immunitätsdauer nach einmaligem Ueberstechen des Milzbrandes und der Septikämie und deren Bedingungen (Durée et conditions de l'immunité à la suite d'une première atteinte de charbon ou de septicémie), par E. SEMMER (*Centralbl. f. d. med. Wissensch*, *n°* 40, 1881).

II. — Die contagiöse Pyämie der Kaninchen (Pyémie contagieuse des lapins), par SEMMER (*Ibid.*, *n°* 41, 1881).

III. — Experimentelle Studien über Septikämie, par ROSENBERGER (*Ibid.*, *n°* 4, 1882).

IV. — Zur Frage der Microorganismen bei Pyaemie, par BELTZOW (*Ibidem*, *n°* 22, 1884).

I. — L'auteur rappelle les diverses expériences qui démontrent l'immunité communiquée par les virus atténués ou injectés dans le sang; mais il fait observer que la durée de cette immunité est encore mal déterminée. Pour la septicémie contagieuse de lapin, cette durée paraît être très courte.

Plusieurs lapins, inoculés une fois avec du sang septique chauffé à 55° centigrades, sont restés réfractaires à une série d'inoculations successives, répétées à court intervalle; mais trois mois après une dernière inoculation, ils avaient perdu leur immunité.

Il est vraisemblable que le charbon et la septicémie appartiennent à la catégorie des maladies qui, après une première atteinte, ne confèrent pas une immunité durable.

II. — Trois lapins furent inoculés avec du sang charbonneux chauffé

à 55° centigrades. Un d'eux mourut quatre jours après l'inoculation et l'autopsie démontra que la cause de la mort n'était ni le charbon ni la septicémie, mais la pyémie.

Une série d'inoculations successives furent pratiquées sur des lapins et reproduisirent constamment la même maladie qui se distingue de la septicémie par l'absence de dissolution des globules du sang, l'absence des transsudations et de l'imbibition sanguines et de la putréfaction rapide des cadavres. Le microbe est un petit micrococcus mobile qu'on trouve en abondance dans le pus, le sang, le foie, les reins. Il n'y a ni métastases ni infarctus.

III. — L'auteur s'est proposé de rechercher si le poison septique, dépourvu de bactéries après ébullition, produit encore l'infection ou s'il est seulement toxique.

L'expérience a démontré qu'après l'injection d'un centimètre cube de liquide bouilli, la mort survient rapidement avec les phénomènes de la septicémie; le sang et la sérosité renferment les mêmes organismes et en aussi grande abondance que chez les animaux infectés par le liquide non soumis à l'ébullition. Une ou deux gouttes du sang de lapin rendu septicémique par l'injection d'un centimètre cube du liquide bouilli, suffisent pour donner la mort; il n'est donc pas douteux que ce liquide a acquis dans le corps de l'animal un degré de nocuité égal à celui qu'il possédait avant l'ébullition.

Cependant le liquide bouilli ou soumis à l'action d'une température de 140° centigrades ne renferme ni microorganismes, ni germes; il est inapte à féconder un liquide de culture.

On sait que le poison septique se présente sous deux formes; dans un cas, il donne naissance à la septicémie de Pasteur ou œdème malin de Koch et il est caractérisé par le vibrion septique de Pasteur; dans l'autre il répond à la septicémie de Davaine : le sang ne renferme que des microorganismes en forme de biscuit.

Après l'inoculation de liquide septique soumis à l'ébullition et provenant soit de l'œdème malin, soit de la septicémie de Davaine, on trouve constamment chez l'animal infecté les microorganismes correspondants à la nature du liquide primitif; la culture démontre de même que l'on retrouve chez les animaux tués par le principe septique bouilli les mêmes bactéries septiques caractéristiques qu'avant l'ébullition.

Les bactéries ne sont donc qu'un élément secondaire; elles empruntent leur caractère nuisible à leur association avec un poison chimique ou amorphe. Elles ont cependant un rôle considérable, puisque elles seules multiplient le poison septique dans l'organisme animal vivant.

Les bactéries septiques spécifiques qui apparaissent après l'injection d'un liquide bouilli absolument dépourvu de microorganismes et de germes, se développent aux dépens des schizomycètes qui existent constamment dans l'organisme. En 24 ou 48 heures, les schizomycètes vulgaires se transforment, dans l'organisme vivant, en bactéries septiques spécifiques et se multiplient très rapidement.

IV. — Recherches faites dans cinq cas de pyémie. Dans les organes des individus morts de pyémie on trouve, à côté des colonies de micrococcus, une quantité notable de bacilles qui revêtent deux formes : les uns ressemblent fort aux bacilles de l'œdème malin, les autres, comme

volume, tiennent le milieu entre les bacilles de la tuberculose et ceux de la septicémie des souris.

Beltzow pense que ces bacilles se développent pendant la vie; cette opinion se fonde sur la diffusion dans tous les parenchymes, et sur l'oblitération complète, par ces organismes, des vaisseaux en divers points.

L. D.-B.

Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkungen puerperaler Secrete auf den thierischen Organismus (Recherches expérimentales sur l'influence des sécrétions puerpérales sur l'organisme animal), par Ferdinand KAREWSKI (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. VII, H. 2*).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 50 accouchées, du 1er au 7e jour. Il a constaté que les lochies contiennent constamment des bactéries, que les accouchées soient ou non fébricitantes. Les bactéries sont toujours nombreuses, souvent en quantité innombrable. On les retrouve dans le sang qui s'échappe de la plaie utérine, 8 heures, 6 heures et 2 heures même après l'accouchement. Elles présentent une très grande variété de formes et de volumes : formes sphériques, ovalaires, en bâtonnet; elles sont tantôt animées de mouvements variés, tantôt immobiles; elles sont éparses dans le liquide, ou réunies deux à deux ou en chaînes ou en masses zoogléiques. Les bactéries réunies en chaînes appartiennent plus particulièrement aux lochies septiques. Parfois elles s'établissent dans les fausses membranes que contiennent les lochies et qui sont formées de globules blancs agglutinés, et dans l'épithélium. Elles se réunissent, remplissant les intervalles cellulaires ou recouvrant les épithéliums; tantôt toutes les formes se trouvent ainsi confondues, tantôt certaines formes prédominent; et dans le même jour, c'est tantôt une forme, tantôt une autre qui l'emporte. On remarque seulement que les bactéries de forme sphérique sont particulièrement volumineuses; ce sont elles surtout qui forment les masses zoogléiques.

La proportion des bactéries varie aux différents jours qui suivent l'accouchement et ces variations ne suivent aucune règle fixe. Dans les 12 premières heures, elles sont peu abondantes; mais les différentes formes existent déjà. Rien ne distingue les bactéries, qu'elles proviennent des lochies septiques ou normales. Seulement les formes sphériques sont particulièrement nombreuses dans les lochies putrides. Rokitansky affirme que les bactéries sont plus nombreuses dans les lochies septiques; l'auteur les a trouvées au contraire très peu abondantes dans un cas qui avait été foudroyant, et très nombreuses dans un autre cas, où il n'y avait eu aucun examen interne et où les suites de couches étaient absolument normales.

La réaction est constamment neutre; elle devient plutôt alcaline en cas de septicémie.

Passant aux expériences sur les animaux, l'auteur a constaté les faits suivants :

L'injection de sang, provenant des organes génitaux, produit chez le lapin une très légère élévation de température, qui dépasse rarement 0°,5.

L'injection sous-cutanée de secrétions puerpérales normales produit

constamment chez le lapin une élévation de la température qui persiste assez longtemps. Contrairement à Kehrer, l'auteur n'a pas constaté que l'élévation de température fût d'autant plus forte que la sécrétion était recueillie plus loin de l'accouchement. Chez le chien, les mêmes injections n'ont jamais donné d'élévation de la température. Les injections étaient constamment faites avec des produits de sécrétion fraîchement recueillis, non filtrés : une série a été faite avec les lochies pures (0,6 c. cube pour les lapins; 0,5 pour les cochons d'Inde; 2,0 pour les chiens); une autre série avec les lochies étendues d'eau (1,0 c. cube de solution renfermant 0,3 à 0,5 c. cube).

Avec l'élévation de la température, on constate chez les lapins inoculés, de la tristesse, de l'inappétence. La plupart succombent au catarrhe intestinal, dès le soir du second jour; il faut en excepter ceux qui ont été traités avec des lochies du 2e et du 3e jour. Au niveau de l'injection, il se développe une infiltration diffuse, qui s'étend rapidement sur le ventre de l'animal et atteint bientôt des proportions colossales. Aucun des animaux n'a survécu.

Les cochons d'Inde se sont montrés beaucoup moins sensibles aux injections des lochies normales; aucun n'a succombé; les injections n'ont eu d'autre effet que la production d'infiltrations douloureuses, se transformant en abcès dans l'espace de deux semaines. Sur les chiens, les injections sous-cutanées de lochies normales et de lochies septiques sont restées sans effet. Les injections veineuses produisent chez les lapins les mêmes effets que les injections sous-cutanées. Sur les chiens, elles déterminent des phénomènes morbides très variables, mais dans aucun cas la mort.

Les injections de lochies septiques ont montré une action beaucoup plus énergique que les injections de lochies normales. Dans aucun cas les lochies normales, même en injection veineuse, n'ont déterminé chez les lapins une mort aussi rapide que les lochies septiques : et des deux cochons d'Inde, un seul est mort, celui qui avait reçu une injection de lochies septiques.

L'action des lochies normales sur l'organisme animal, sauf en ce qui concerne la température, s'est montrée d'autant plus énergique que les lochies provenaient d'un jour plus éloigné de l'accouchement.

Tous les animaux qui avaient reçu des injections de lochies (lapins ou cobayes) présentaient des bactéries de toute forme et en quantité innombrable dans la sérosité de l'œdème et dans le pus. Les plaies d'abcès ou les muscles atteints de phlegmons ne renfermaient que des sphères de même grosseur et de même forme. Tous les organes, malades ou non, renfermaient des bactéries; le sang seul n'en contenait pas.

L'injection à une seconde série d'animaux du sang des animaux de la première série directement inoculé avec les lochies n'a jamais donné de résultats. L'injection de pus ou de sérosité œdémateuse a reproduit les mêmes accidents que l'injection directe de lochies; et les animaux de la seconde série, ainsi traités, ont présenté constamment les mêmes microbes.

L'injection des lochies dans l'épaisseur de la cornée détermine chez les animaux des accidents dont la gravité augmente avec le jour des suites de couches ou avec la nature des lochies (lochies septiques). Les

conjonctives se sont constamment montrées insensibles au contact des lochies.

L'auteur conclut de ces faits que :

1° Toutes les lochies, normales ou septiques, sont aptes à développer chez les animaux des affections septicémiques ou ichorrhémiques ;

2° Les affections septicémiques se rattachent au développement d'un champignon sphéroïdal qu'on retrouve dans les organes chez tous les animaux.

3° Les maladies, produites par les lochies, sont susceptibles de se reproduire, identiques à elles-mêmes, chez d'autres animaux.

Le microbe de la septicémie serait un micrococcus petit et sphérique ; (l'auteur n'a pas fait de mensurations micrométriques). D'après Koch le microbe de la septicémie est ovalaire : ce microbe serait porté dans le vagin par l'air atmosphérique ; il n'atteindrait la cavité utérine que dans les cas pathologiques, et, dans les cas normaux, resterait confiné dans le vagin, où il pullule sans pouvoir pénétrer dans l'économie, tant qu'il n'y a pas de plaie. (Voy. *R. S. M.*, XXI, 474.) H. DE BRINON.

I. — De l'incubation des œufs d'une poule atteinte du choléra des poules. Note de A. BARTHÉLEMY (*Compte rend. acad. des Sciences*, 30 *avril* 1883).

II. — Sur l'empoisonnement des poules par les bacilles du jéquirity, par CORNIL et BERLIOZ (*Bull. de l'Ac. de méd.*, *Tome XIII*, *n°* 5).

III. — Eine weitverbreitete thierische Mycose (Sur une mycose animale d'un développement considérable), par Max WOLFF (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiolog.*, *Bd. XCII*, *Heft* 2, *p*, 252).

IV. — La vaccination du rouget des porcs à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie, par PASTEUR et THUILLIER (*Bull. de l'Ac. de méd.*, *Tome XII*, *n.* 48).

V. — Die Bakterien der Schweineseuche, par E. KLEIN (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *Bd. XCV*, *Heft* 3, *p.* 468).

I. — Dans une ferme très éprouvée par le choléra des poules, une poule, atteinte de cette affection, n'a succombé que lentement, après avoir pondu quatorze œufs. En faisant incuber ces œufs, l'auteur a observé qu'ils se développaient comme les œufs normaux tant que dure la vitelline, mais qu'à partir de l'établissement de la circulation allantoïdienne le développement s'est arrêté et l'embryon a bientôt péri. Il est évident, dit l'auteur, que l'œuf contenait les germes des microbes dont les liquides de la mère étaient gorgés, et que ces germes ne se sont développés qu'avec la respiration aérienne, lorsque l'allantoïde a donné au liquide sanguin l'oxygène nécessaire au développement des bactéries. Il est intéressant de remarquer que ce n'est aussi qu'à ce moment que l'embryon présente réellement les caractères de l'oiseau. M. DUVAL.

II. — L'injection sous-cutanée de la macération du jéquirity au niveau du muscle pectoral amène des lésions tout à fait comparables à celles que M. Pasteur a produites par l'injection des microbes du choléra des poules. La mort survient en 24 ou 48 heures lorsqu'on a injecté une quantité de macération variant entre dix gouttes et un demi-centimètre

cube. Les poules succombent avec une diarrhée considérable causée par l'élimination en masse des bacilles que l'on retrouve aussi dans le sang du cœur. Même résultat lorsqu'on fait l'injection dans la cavité péritonéale.

Avec une dose moindre, la santé générale n'est pas profondément troublée, mais on observe les mêmes phénomènes locaux (œdème de la peau et du tissu sous-cutané, tuméfaction inflammatoire et nécrosique du muscle pectoral, ramollissement de l'épiderme et élimination par la peau d'un liquide chargé de bacilles, quelquefois clapier entre le muscle et la peau).

Sans savoir si les poules inoculées une première fois avaient contracté l'immunité, les auteurs ont choisi deux poules inoculées le 8 novembre, dont l'une présentait encore un décollement de la peau au niveau de son séquestre; chez l'autre la peau n'avait pas été entamée. Ils leur ont injecté le 2 janvier, dans le péritoine, trois quarts de centimètre cube de la macération de jéquirity. La première a éliminé par la plaie cutanée une partie des bacilles et n'a présenté aucun symptôme morbide; la seconde est morte le 14 janvier avec une péritonite fibrineuse d'une grande intensité. Il y avait donc eu immunité chez la première, grâce à l'élimination. Quant à la seconde, elle a certainement résisté plus longtemps qu'elle ne l'aurait fait si elle n'avait pas été vaccinée, bien qu'incomplètement.

Dans ces expériences, les auteurs ont acquis la preuve que, dans les maladies chroniques d'origine bactérienne, les tissus altérés, ulcérés, gangrénés, peuvent ne pas présenter constamment de bactéries; les données doivent être appliquées à l'anatomie pathologique humaine, et en particulier aux lésions chroniques de la tuberculose, dans lesquelles on est loin de trouver toujours une quantité de bacilles qui soit proportionnelle à leur diffusion et à leur intensité. GASTON DECAISNE.

III. — L'auteur étudie dans ce travail une maladie parasitaire qui produit les plus grands ravages chez les perroquets gris (*Psittacus erithacus*) que l'on transporte des côtes de l'Afrique en Angleterre et à Hambourg. Ces animaux sont enfermés dans des caisses trop étroites, mal aérées, entassés les uns sur les autres en nombre beaucoup trop considérable, réduits pour se nourrir à manger du maïs et de la graine de chanvre souvent avariés et jetés sans précaution sur le fond de leurs cages. Comme ces cages ne sont pas nettoyées pendant toute la traversée, les malheureux oiseaux sont condamnés à absorber une nourriture mélangée à leurs excréments. Un très grand nombre d'entre eux sont pris d'inappétence, de diarrhée, de faiblesse très grande. Ils tombent dans un véritable état comateux et succombent après avoir eu souvent des convulsions. A l'autopsie on constate des foyers de bronchopneumonie plus ou moins conglomérés. Dans le foie il existe des foyers blanchâtres miliaires, disséminés. Ces foyers se rencontrent en nombre moins considérable dans les reins et la rate. Il y a un peu d'entérite de l'intestin grêle.

Au microscope, ces foyers se trouvent être constitués par des amas d'un micrococcus qui forme dans les vaisseaux de véritables thromboses. Plus tard ces amas deviennent extra-vasculaires. Chose remarquable: il existe autour d'eux très peu d'inflammation périphérique : il n'y a au-

cune tendance à la suppuration, contrairement à ce qu'on voit dans un grand nombre d'infections zymotiques.

Il existe très peu d'inflammation de l'intestin, et l'étude histologique ne montre pas de micrococcus dans les villosités intestinales, il semble donc que le poumon est plutôt que le tube digestif la porte d'entrée de ces organismes parasitaires.

La symptomatologie, les constatations anatomo-pathologiques, macroscopiques et microscopiques doivent faire considérer la maladie des perroquets comme une infection semblable au choléra des poules. Les ravages énormes que produit cette mycose s'expliquent par les conditions déplorables dans lesquelles ces oiseaux sont tenus pendant leur séjour à bord des bâtiments. Il y a là, pour l'hygiène générale, des données précieuses. A. MATHIEU.

IV.— Les résultats des premières expériences avaient permis à Pasteur d'établir cette conclusion que le rouget épizootique, même le plus violent, peut être prévenu par des inoculations de virus virulent atténué. Il est établi, en outre, que la durée de l'immunité dépasse une année. Cette durée suffit amplement aux exigences des pratiques de l'élevage du porc, puisque l'engraissement des sujets ne se prolonge guère au delà d'une année.

Ayant remarqué que dans les pays à rouget l'élevage des lapins et des pigeons était fort dédaigné, parce que ces deux espèces étaient sujettes à des épizooties meurtrières, les auteurs eurent l'idée de rechercher s'il n'y avait pas quelque relation entre ces épizooties et le rouget lui-même. Les expériences leurs démontrèrent que ces affections étaient identiques. Ils se demandèrent ensuite s'il ne serait pas possible d'utiliser cette notion pour atténuer la virulence du microbe. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés.

Si on inocule dans le muscle pectoral d'un pigeon le microbe du rouget du porc, le pigeon meurt dans un intervalle de six à huit jours, après avoir présenté les symptômes extérieurs apparents du choléra des poules.

Lorsque le sang de ce premier pigeon est inoculé à un second pigeon, le sang de celui-ci à un troisième et ainsi de suite, le microbe s'acclimate sur le pigeon.

Le caractère en boule du sujet et sa somnolence, effets habituels de la maladie, apparaissent en beaucoup moins de temps que pour les premiers pigeons de la série. La mort également survient plus rapidement. Enfin le sang des derniers pigeons se montre beaucoup plus virulent pour le porc que les produits même les plus infectieux d'un porc mort du rouget dit spontané.

Le passage du microbe du rouget du porc par les lapins conduit à un tout autre résultat. Les produits infectieux d'un porc mort du rouget ou leurs cultures inoculées aux lapins les rendent toujours malades et les font périr le plus souvent.

Si on inocule le rouget de lapin à lapin, le microbe s'acclimate sur le lapin. Tous les animaux meurent et la mort arrive en un petit nombre de jours. Les cultures du sang de ces lapins dans les milieux stérilisés deviennent progressivement plus faciles et plus abondantes. Le microbe lui-même change un peu d'aspect, devient un peu plus gros que dans le

porc et se présente sous la forme d'un 8 de chiffre, sans l'allongement filiforme de certaines de ses cultures.

Si on inocule aux porcs le sang des derniers lapins, on constate que la virulence a été en diminuant progressivement du premier lapin aux lapins suivants. Bientôt le sang des lapins inoculé aux porcs n'amène plus la mort, tout en les rendant malades. Après leur guérison, ils se trouvent vaccinés contre le rouget mortel. (Voy. *R. S. M.* XXII, 561.)

G. DECAISNE.

V. — L'auteur rappelle que Pasteur a décrit comme cause du rouget un microcoque en 8 de chiffre plus petit que celui de la pyoémie. Pasteur aurait obtenu un virus vaccin. Les cultures déterminent la mort des pigeons.

Klein considère que ce sont là trois erreurs.

Pour le virus vaccin il objecte que tous les porcs inoculés avec des substances provenant de porcs infectés ne meurent pas, et qu'il est impossible d'affirmer que l'on a produit un vaccin.

Pour le microcoque en 8 de chiffre, il croit que c'est un agent de septicémie. Il ne l'aurait pas rencontré, à sa place il aurait vu à la surface des ulcérations des microcoques isolés, dans la profondeur des bactéries qui, pour lui, sont la cause du rouget.

Enfin le virus du rouget, de même que les cultures, serait sans action sur les pigeons.

P. GALLOIS.

Présence de bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale, par G. NEPVEU (*Soc. de biol.*, 9 *juin* 1883).

Dans quatre observations d'occlusion intestinale par étranglement interne ou obstruction cancéreuse, l'auteur a pu constater dans la sérosité péritonéale la présence de bactériens et du cercomonas intestinalis, preuve que les bactériens proviennent bien de l'intestin, qu'ils passent au travers des tuniques sous l'influence de la distension intestinale, des ulcérations, etc. Cette transsudation intestinale donne la raison des accidents septiques qui suivent fréquemment l'étranglement dans les hernies.

A. C.

Zur Klinik der Darmkrankheiten. Die normal in den menschlichen Darmentleerungen vorkonmmenden niedersten pflanzlichen Organismen (Des organismes végétaux inférieurs qui se trouvent dans les selles normales de l'homme), par NOTHNAGEL (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd. VIII, p.* 341 *et* 375).

Dans un premier mémoire, l'auteur passe en revue les diverses propriétés des selles à l'état normal et à l'état pathologique.

1° *Consistance.* — On divise les selles en solides pâteuses et liquides; ces deux dernières variétés sont seules pathologiques. La consistance pâteuse tient : *a* à un mélange intime du mucus et des matières; le mucus ne peut parfois être reconnu qu'au microscope; — *b* à une plus grande quantité de graisse; — *c* à une plus grande quantité d'eau; — *d* à la présence de parties végétales surtout de jeunes parenchymes cellulaires, de légumes et de fruits charnus; à l'œil nu on peut le plus souvent reconnaître des parties de ces végétaux.

L'ingestion d'une quantité d'eau considérable ne produit pas de diarrhée, lorsque le canal intestinal n'est point malade, c'est ce qu'on peut observer notamment chez les diabétiques.

2° *Réaction.* — Les selles sont ordinairement alcalines, plus rarement acides ou neutres. A l'état pathologique, une réaction est quelquefois prédominante; ainsi, elle est le plus souvent alcaline dans l'ileo-typhus, acide dans le choléra infantile, mais ces caractères ne sont pas suffisamment constants pour avoir une importance diagnostique.

3° *Couleur.* — La réaction de Gmelin qui ne se produit pas à l'état normal, est fréquente à l'état pathologique, notamment dans le choléra infantile. — Le mucus est incolore à moins qu'il ne soit coloré par la bile.

4° *Sels et cristaux reconnaissables au microscope.* — Le phosphate ammoniaco-magnésien n'a aucune importance, il peut se rencontrer dans les selles normales en quantité égale ou supérieure à celle des selles typhiques. Ses cristaux ne sont jamais colorés par la bile. — Le phosphate neutre de chaux se rencontre à l'état normal et à l'état pathologique, il n'a aucune importance clinique. — Les sels de chaux peuvent présenter une coloration jaunâtre qu'ils doivent à la bile. — Nothnagel a observé la cholestérine deux fois dans les selles, chez l'un des malades affecté de cancer de l'estomac, elle existait en très grande quantité. — L'auteur a très rarement observé des cristaux fusiformes (cristaux de Charcot, de Böttcher, de Leyden, etc.), il les a cependant rencontré chez deux typhiques, deux phtisiques et un enfant rachitique.

5° *Parties alimentaires.* — Dès que l'amidon existe en certaine quantité sa présence indique un état pathologique. — Les fibres musculaires existent dans les selles normales, elles peuvent exister en très grande quantité, dans le régime mixte alors que l'amidon a complètement disparu; cette dernière substance est donc moins digérée. — La graisse existe toujours dans les selles, c'est dans les déjections des phtisiques qu'on l'observe en plus grande quantité. — Le lait mal digéré donne lieu à des flocons blanchâtres qui paraissent être de la caséine.

6° *Mucus.* — Toutes les fois que le mucus existe en quantité telle qu'il peut être reconnu à l'œil nu il s'agit d'un état pathologique. Tantôt il se présente sous forme d'une couche vitreuse revêtant le boudin fécal, tantôt il est intimement mélangé aux matières dont il modifie la consistance ou bien encore il forme des grains isolés rappelant les grains de sagou, ou bien il forme de petites sphères d'aspect colloïde.

7° *Épithéliums.* — Les épithéliums pavimenteux sont très rares, ils proviennent de l'orifice anal et sont entraînés par le mucus qui recouvre le bol fécal lorsque ce dernier est très volumineux. — Les cellules cylindriques sont fréquentes, elles ont leur aspect normal ou bien présentent des aspects variés décrits par l'auteur.

8° *Cellules rondes.* — On les trouve toujours dans les portions muqueuses des déjections; leur volume et leur nombre sont très variables. On ne les observe en très grande quantité que dans la dysenterie; dans le catarrhe intestinal simple on les observe en petite quantité, et jamais elles ne rappellent par leur nombre les sécrétions de la bronchite et de la cystite; s'il en était autrement on pourrait affirmer l'existence de processus ulcératifs.

9° *Sang.* — Les globules du sang peuvent avoir complètement disparu

dans les selles sanglantes, non seulement lorsqu'elles sont noires par le fait d'un séjour prolongé dans l'intestin, mais alors même qu'elles ont conservé leur coloration rouge.

10° *Parasites animaux.* — L'auteur insiste sur la présence des monades qui se rencontrent dans les états pathologiques fort divers, elles ne paraissent avoir aucune importance clinique et ne pas amener d'irritation intestinale.

Dans un second mémoire qui suit le précédent, Nothnagel étudie les organismes végétaux qui, à l'état normal, se trouvent dans les selles.

Bactéries en bâton et sphériques. — Elles existent dans toutes les selles normales ou pathologiques en quantité innombrable, on peut même dire qu'elles prennent une part importante à leur constitution. Les formes sphériques prédominent dans les selles solides, les bâtonnets dans les selles liquides.

Bacillus subtilis. — Ce microbe qui a la forme du bacillus anthracis est presque constant et n'a aucune signification spéciale.

Saccharomycètes. — Ces ferments sont constants, ils ont un volume inférieur à ceux de la levure de bière.

Organismes bleuissant par l'iode. — L'auteur décrit dans ce chapitre plusieurs microbes qui n'ont pas encore été observés dans les matières intestinales et qui ont pour caractère commun de bleuir sous l'influence de l'iode. Tel est un microbe qui paraît identique au *clostridium butyricum* de Prasmowski; on le rencontre surtout dans les matières qui contiennent des débris végétaux, il est inconstant et n'a aucune signification pathologique. On trouve encore dans les selles des organismes analogues aux bactéries en bâtonnets et sphériques, n'en différant que par la réaction donnée par l'iode. M. DEBOVE.

Ueber die Bacterien der Faeces (Les bactéries des matières fécales), par Berthold BIENSTOCK (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 19, 1883).

Parmi les diverses espèces de bactéries (micrococcus, bactéries, bacilles, spirocètes) une seule, suivant l'auteur, se trouve dans les fèces de l'homme sain, le bacille, qui, par ses spores, pourrait résister à l'action antiseptique du suc gastrique; il a réussi à isoler cinq espèces différentes de bacilles, qui se distinguent par la manière dont se fait le développement des cultures et par leurs propriétés physiologiques. 1° Un bacille ressemblant beaucoup au « bacillus subtilis » de Cohn; il se développe sur la gélatine en longs filaments partant dans toutes les directions et se réunissant par de courtes anastomoses pour former une figure rappelant l'aspect d'un épiploon. 2° La deuxième espèce de bacille forme une culture un peu irrégulière représentée par une surface d'un blanc brillant, dont les bords présentent des prolongements en forme de grappes; ce bacille se développe avec une grande rapidité en 10 à 12 heures. Ces deux espèces de bacilles restent sans effet sur les diverses substances chimiques; inoculées à des souris, les cultures restent inactives. 3° Une troisième espèce se fait remarquer par son développement extrêmement lent; même après des semaines, la culture a à peine atteint un demi millimètre et forme un voile à peine appréciable; ce bacille est en outre d'une extrême petitesse et à peine possible à distinguer d'un micro-

coccus à un grossissement qui n'est pas considérable ; on ne le trouve que dans les trois quarts des cas. Il possède des propriétés toxiques ; inoculé à des souris, il détermine la mort en 24 heures, et le sang contient en assez grand nombre ce microorganisme ; les recherches de l'auteur ne sont pas encore terminées sur ce point. 4° et 5° Les deux dernières espèces de bacilles présentent certaines ressemblances dans leur développement, mais au point de vue physiologique, elles sont entièrement différentes : l'un est le bacille de la putréfaction des substances albuminoïdes, l'autre celui de la putréfaction des substances hydrocarbonées ; aussi le premier fait-il entièrement défaut dans les matières fécales des nourrissons ; placé dans une solution albuminoïde stérilisée, on peut au bout de peu de temps constater l'existence des produits de putréfaction, tels que les ont fait connaître les travaux de Baumann, Salskowski, etc. ; il reste, au contraire, sans action sur les substances hydro-carbonées, tandis que le second bacille détermine rapidement la formation d'alcool et d'acide lactique ; au contraire d'autres bacilles, ou ces bacilles eux-mêmes placés dans des milieux qui ne leur conviennent pas, solutions albumineuses, ou réciproquement solutions d'hydrocarbures, restent sans aucun effet. W. OETTINGER.

Beitrag zur Kenntniss des Pneumokokkus (Du pneumococcus), par E. KLEIN (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, *n°* 30, 1884).

Résultats expérimentaux absolument opposés à la doctrine de la spécificité pneumonique du micrococcus de Friedländer. Les inoculations de crachats pneumoniques, recueillis du 6° au 7° jour de la maladie, n'ont jamais produit que des manifestations septicémiques diffuses et non la pneumonie croupale (expériences faites sur des souris et des cobayes). Le sang de ces animaux, réinoculé, ne produit aussi que la septicémie. Du reste, Klein a trouvé autour des micrococci de la pyémie du lapin des capsules identiques à celles que Friedländer considère comme caractéristiques de son pneumococcus. L. D.-B.

Le microcoque de l'endocardite infectieuse, par GRANCHER (*Société médicale des hôpitaux*, 4 *juin* 1884).

L..., âgé de 32 ans, contracte en avril 1882 un rhumatisme polyarticulaire aigu. A partir de décembre 1882 il éprouve des palpitations cardiaques. Au mois de juin, à la suite de fatigue les palpitations augmentent ; il entre à l'hôpital, présentant un état peu satifaisant, fièvre, inappétence, prostration, et les signes d'une insuffisance aortique, deux jours après, attaque de paralysie à forme hémiplégique, diarrhée ; dyspnée intense. Le malade meurt le 10 avril.

Les premiers jours d'avril Grancher ensemence une goutte de sang dans 20 grammes de bouillon Pasteur, chacune de ces cultures donna au bout de 24 heures naissance à des petits grains blanchâtres arrondis, tombant au fond du vase, sorte de zooglæa. Le sang examiné au microscope contenait des microcoques isolés ou accouplés par deux.

Du sang pris à l'autopsie dans le cœur gauche donna la même culture. On trouva, d'ailleurs, les lésions de l'endocardite ulcéreuse, végétations sur les valvules aortiques formant des bourrelets, l'examen des végé-

tations montre chacune d'elles, recouverte d'un capuchon épais composé uniquement de microcoque très petits, très réguliers. Le tissu de la végétation même est presque entièrement formé de microcoques groupés en zooglæa et disposés en forme de champignons recouverts par le capuchon. Les deux lames de l'endocarde adossées au niveau de la valvule ont disparu, détruites par les microcoques.

Les grains des cultures faites dans le bouillon, et la surface des végétations présentent les mêmes organismes, qui se colorent par du bleu de méthylène.

Les microorganismes développés en zooglæa se sont montrés stériles dans la deuxième culture et aucun essai d'inoculation n'a pu être tenté.

H. L.

Neue Untersuchungen über den Respirations-Gasaustausch im fieberhaften Zustande der Menschen (Nouvelles recherches sur les échanges gazeux de la respiration chez les fébricitants), par WERTHEIM (*Wien. med. Jahrbücher, Heft III, p.* 429, 1882).

L'auteur confirme dans douze observations les résultats précédemment énoncés par lui-même. Il s'est servi de la méthode de Bunsen pour estimer la proportion d'oxygène de l'air expiré.

Chez ces douze sujets atteints de fièvre (39° à 40°) dans le cours d'affections diverses, le chiffre de l'acide carbonique expiré pendant vingt-quatre heures n'a atteint que 672gr,4 au lieu de 900 grammes qu'expire l'individu sain.

Pendant l'inspiration, les sujets n'ont absorbé pendant vingt-quatre heures que 478gr,96 d'oxygène tandis que l'individu sain absorbe 744gr,1.

Les échanges gazeux sont donc diminués par la fièvre. Si le sujet sain exhale 1 gramme d'acide carbonique, le fébricitant n'exhale que 0gr,746. Pour l'oxygène absorbé la différence est encore plus marquée : à l'état sain, 1 gramme ; à l'état de fièvre, 0gr,645.

Les résultats peuvent être influencés dans les expériences par l'augmentation de nombre et d'étendue des mouvements respiratoires.

L. GALLIARD.

Ueber das Schicksal der in den Organismus implantirten Gewebe (Sur le sort des tissus implantés dans l'organisme). par ZAHN (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. XCV, Heft* 3, *p.* 370, 1884).

L'auteur a déjà fait sur ce sujet une communication au congrès périodique international des sciences médicales, 5e session, Genève, 1878. Sa communication actuelle indique des résultats nouveaux obtenus par lui et ne prétend pas épuiser le sujet. Son mode opératoire consiste à implanter un tissu dans diverses régions, spécialement dans la chambre antérieure de l'œil et dans l'épaisseur du parenchyme rénal. Il a également fait des injections dans les veines jugulaires pour créer dans le poumon des noyaux emboliques qu'il a pu voir se développer par la suite. Les transplantations qui lui ont le mieux réussi sont celles de cartilages et d'os provenant de fœtus de lapin.

Pour les cartilages voici les résultats qu'il a obtenus :

Un cartilage normal provenant d'un animal adulte transporté sur un animal de même espèce subit toujours une dégénérescence graisseuse et disparaît.

Un cartilage provenant d'un fœtus peut subsister et même s'accroître. L'augmentation de volume de ce germe cartilagineux se fait au centre par l'élargissement de la substance fondamentale, à la périphérie par la pullulation des cellules cartilagineuses. Cet accroissement est surtout marqué dans les régions vasculaires et se fait dans le sens de la moindre résistance. Le cartilage implanté et les zones cartilagineuses de nouvelle formation peuvent se calcifier et subir soit la dégénérescence fibrillaire, soit la dégénérescence graisseuse.

Le tissu cartilagineux pathologique se comporte comme le tissu cartilagineux fœtal.

Les fragments cartilagineux implantés développent à leur voisinage immédiat la pullulation des cellules des endothéliums et du tissu conjonctif avec formation de tissu conjonctif fibrillaire et de capillaires qui peuvent pénétrer dans le cartilage. Dans les glandes qui ont reçu le dépôt de germes cartilagineux les épithéliums disparaissent comme dans les inflammations interstitielles.

Pour les os de fœtus implantés dans le rein, l'auteur a pu voir se développer de véritables exostoses.

Au sujet d'autres tissus implantés, Zahn fait remarquer que le tissu conjonctif sous ses formes de périchondre, périoste, moelle osseuse, s'accroît et peut même se substituer aux éléments nobles du tissu qui l'a reçu et s'organise finalement en tissu conjonctif fibrillaire.

Les muscles subissent la dégénérescence graisseuse. Les tissus épithéliaux du fœtus, le tissu nerveux central, le corps vitré, le cordon ombilical, des fragments de carcinome et de sarcome disparaissent sans laisser de traces. Le tissu de la choroïde disparaît en abandonnant son pigment dans le tissu qui l'a reçu. P. GALLOIS.

Ueber einige Bedigungen der alkalischen Reaction des Harns (Sur quelques conditions de la réaction alcaline de l'urine), par H. QUINCKE (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VII, supplement, p.* 22, 1884).

Quincke étudie diverses conditions dans lesquelles l'urine devient alcaline, telles sont :

1. La résorption d'épanchements alcalins provenant du tissu cellulaire sous-cutané ou des cavités séreuses. — Dans les néphrites, les affections du cœur, les pleurésies, l'ascite, lorsque les épanchements disparaissent par augmentation de la diurèse, les urines deviennent alcalines et cela d'autant plus facilement que la résorption est plus rapide. Inversement à la période où se produisent les transsudations séreuses, l'acidité de l'urine est augmentée. L'alcalinité est encore exagérée quand le sang provenant d'hémorragie ou injecté est résorbé, il en est encore de même dans l'hémoglobinurie spontanée ou dans celle qui est le résultat d'une transfusion.

2. La perte d'acide par divers organes, — lorsque l'acide chlorhydrique de l'estomac, par exemple, ne rentre pas dans la circulation, que

le malade vomisse, qu'il soit soumis à des lavages, qu'il ingère des médicaments basiques qui se combinent, etc.

3. L'influence de l'heure. — Les urines du matin et du réveil sont souvent alcalines. M. DEBOVE.

Ueber die Ausschaltung des Lendenmarkgrau (Sur la désintercalation de la substance grise de la moelle lombaire), par EHRLICH et BRIEGER (*Zeitsch. f. klin. Med. Bd. VII, supplement p.* 155, 1884).

Ehrlich et Brieger ont essayé de détruire isolément la substance grise de la moelle épinière et pour cela ils ont fait une série d'expériences basées sur celles de Stenson. La ligature de l'aorte produit la paralysie par anémie de la moelle, et la substance blanche de cet organe, les nerfs et les muscles supportent cette anémie plus longtemps que la substance grise. Si on laisse la ligature, une heure, il y a une restitution des nerfs, muscles et de la substance blanche, mais une nécrose de la substance grise; on peut ainsi produire une sorte de désintercalation de la substance grise lombaire. En prenant des précautions suffisantes, on fait survivre plus de six semaines les animaux ainsi opérés.

Les symptômes observés étaient ceux d'une myélite aiguë, paralysie du mouvement et de la sensibilité dans les membres postérieurs, rétention d'urine et incontinence des matières fécales. La vessie était toujours très hypertrophiée. Les auteurs concluent de cette dernière circonstance que la distension d'un organe creux suffit à en produire l'hypertrophie, alors même qu'il n'est plus soumis à l'influence du système nerveux.

Dans les premiers jours, les altérations anatomiques sont peu marquées, elles s'accentuent après le deuxième jour en même temps qu'apparaît un nouveau symptôme, la contracture. A cette période, la substance grise est détruite, les cordons antéro-latéraux et les racines antérieures atrophiés, les cordons postérieurs et les racines postérieures intacts. Les nerfs mixtes présentaient des fibres saines et des fibres altérées, les muscles avaient subi la dégénération fibreuse.

D'après les auteurs de ce travail, on n'est donc pas autorisé à admettre que les lésions de la substance grise puissent avoir aucune influence sur la dégénération des fibres sensitives, puisqu'elles n'ont aucune nfluence sur leur nutrition. M. DEBOVE.

I. — Ueber die klinische Bedeutung der Peptonurie (Sur la valeur clinique de la peptonurie), par Rudolf V. JAKSCH (*Zeitsch. f. klin. Med., vol. VI, p.* 413, 1883).

II. — Ueber Propeptonurie (Sur la propeptonurie), par R. JAKSCH (*Ibidem, vol. VIII, p.* 216, 1884).

III. — Ueber eine neue Form der Peptonurie (Sur une nouvelle forme de peptonurie), par E. MAIXNER (*Ibidem, vol. VIII, p.* 234, 1884).

I. — Jaksch a trouvé 76 fois la peptonurie, sur 80 malades atteints de processus inflammatoires locaux, tels que : pneumonie fibrineuse, exsudat pleurétique purulent, kyste de l'ovaire suppuré, rhumatisme articulaire aigu, méningite cérébro-spinale épidémique, suppurations pulmonaires tuberculeuses, septicémie puerpérale, méningite septique

consécutive à un traumatisme, septicémie par escarre à la suite de la fièvre typhoïde, scorbut, empoisonnement par le phosphore. La peptonurie était alors, comme l'a dit Maixner, due à un exsudat purulent ou riche en cellules et contenant de la peptone.

Un gros foyer purulent peut ne pas donner lieu à de la peptonurie, et de ce que ce symptôme manque on ne peut pas conclure qu'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, car il dépend, non de l'existence de ce foyer, mais de sa résorption comme on peut facilement s'en convaincre chez les malades atteints de pneumonie ou de rhumatisme articulaire aigu, la peptonurie, chez eux, coïncide avec la résorption des exsudats. Les épanchements donnent lieu à la peptonurie seulement à une certaine période, parce qu'il existe une très petite quantité de peptone dissoute dans leur sérum, la plus grande partie est liée aux globules blancs et devient libre seulement quand ces globules blancs s'altèrent et se détruisent. (Ce fait, déjà avancé par Hofmeister, a été vérifié par l'auteur.)

On ne trouve pas de peptonurie dans les maladies générales, telles que typhus, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, rougeole, scarlatine. Dans la septicémie et la tuberculose, on la constate seulement quand il y a des infiltrations purulentes. Elle fait défaut dans le diabète, l'anémie pernicieuse. On peut l'observer dans l'empoisonnement par le phosphore et le scorbut.

II. — Jaksch rapporte l'observation d'un malade dont l'urine contenait de la propeptone ; il était atteint de tuberculose pulmonaire, mésentérique, intestinale, avec péritonite, foie gras, néphrite mixte. Il ignore pourquoi ce malade avait de la propeptonurie, considère ce symptôme comme extrêmement rare et déclare que nous ne sommes pas encore en situation de déterminer ses conditions pathologiques.

III. — Maixner a examiné l'urine de douze malades atteints de carcinome de l'estomac ; tous ont présenté des peptones dans l'urine, mais cependant on n'en a pas observé dans toutes les expériences prises isolément.

On peut se demander, si chez les cancéreux des peptones ne se forment pas dans la tumeur, peptones qui seraient ensuite résorbés et éliminés par l'urine, mais jusqu'à présent, on n'a jamais pu constater la présence de peptones dans ces tumeurs et d'ailleurs la peptonurie se rencontre aussi bien dans les carcinomes fibreux, que dans la forme médullaire et il n'y a aucun rapport entre la quantité de peptone excrétée et le volume de la tumeur ; ajoutons encore qu'il n'y a pas de peptonurie lorsque les cancers ont un autre siège, dans le carcinome généralisé des membranes séreuses par exemple.

L'ulcération du cancer n'est pas cause de la peptonurie (peptonurie pyogène), car les produits sécrétés par la tumeur ulcérée, sont entraînés dans les voies digestives et la peptonurie n'est en rapport, ni avec le volume de la tumeur, ni avec la rapidité de son ulcération.

Maixner adopte la théorie de Hofmeister, dans laquelle les peptones seraient détruites dans l'épaisseur même de la muqueuse stomacale et auraient déjà disparu dans le sang et explique ainsi que les peptones absorbées par une muqueuse ulcérée du malade, arrivent dans le sang et doivent être éliminées par le rein comme une substance étrangère.

La peptonurie de la fièvre typhoïde a été également étudiée par l'au-

teur, mais elle n'est pas un phénomène constant (cinq fois sur neuf cas); elle peut être expliquée par la même théorie que la peptonurie du cancer de l'estomac. M. DEBOVE.

Ueber Icterus und Hämoglobinurie, hervorgerufen durch Toluylendiamin und andere Blutkörperchen zerstörende Agentien (Sur l'ictère et l'hémoglobinurie produits par le toluylène-diamine et d'autres agents destructeurs des globules du sang), par M. AFANASSIEW (*Zeitsch f. klin. Med. Bd. VI, p.* 281, 1883).

Afanassiew étudie dans son mémoire l'empoisonnement par le toluylène-diamine et reprend les expériences faites par Stadelmann sur le même sujet.

Dans les premières périodes de l'empoisonnement, on observe une augmentation de la sécrétion biliaire, puis elle devient de plus en plus rare à mesure que sa coloration se fonce davantage. Cette coloration plus foncée vient-elle, comme le pense Stadelmann, d'une richesse plus grande en bilirubine ou bien d'une excrétion de la matière colorante du toluylène-diamine, l'auteur ne saurait le dire; cependant la coloration noire de la bile, surtout quand on l'a laissée exposée à l'air, montre la présence dans la bile du toluylène-diamine ou de ses produits d'oxydation. Cette bile donne lieu aux phénomènes de polycholie initiale, mais à une période plus avancée, il se produit dans le foie des modifications qui amènent la rétention de la bile, rétention caractérisée par l'apparition de sa matière colorante dans l'urine et la couleur jaune des sclérotiques. La rétention est surtout produite par des bouchons qui se forment dans les petits capillaires biliaires.

L'examen microscopique du foie montre alors une magnifique injection des radicules biliaires, pouvant rivaliser avec les plus belles injections obtenues par les micrographes. Les lymphatiques du foie sont distendus par un liquide fortement coloré par la bile.

Si l'animal guérit, on observe une polycholie terminale correspondant vraisemblablement à la désobstruction des voies biliaires.

Les causes mécaniques ne suffisent pas à expliquer l'ictère, car il est plus intense et plus rapide que celui obtenu par la ligature du canal cholédoque et par l'injection d'un mélange de cire et d'huile dans les canaux biliaires.

Il faut certainement faire intervenir ici la polycholie. Mais quelle est elle-même sa cause? Ce serait l'altération du sang par la substance toxique. Elle détruirait les globules rouges, ainsi que pouvait le faire supposer l'hémoglobinurie des animaux intoxiqués, mais l'auteur a pu directement constater cette destruction. Le sang altéré agirait sur le foie et augmenterait son activité sécrétoire. L'auteur pense que ces expériences peuvent amener à faire rejeter la théorie des ictères hématogènes et à faire admettre celle des ictères hémo-hépatogènes. M. DEBOVE.

Ueber den Eintritt des Kohlepigments aus den Athmungsorganen in den Blutkreislauf (Du passage des particules de charbon des organes de la respiration dans le torrent circulatoire), par WEIGERT (*Fortschritte der Medicin, n°* 14, 15 *juillet* 1883).

Chacun sait que de fines particules de charbon peuvent pénétrer dans

le poumon humain, dans les lymphatiques pulmonaires, puis dans les ganglions lymphatiques du hile, mais l'auteur s'étonne qu'on n'ait pas plus souvent rencontré dans l'organisme et dans le torrent circulatoire de ces particules de charbon; jusqu'à présent un seul cas est connu, c'est celui de Soyka qui en nota la présence dans la rate, le foie et les reins.

L'auteur pense, au contraire, que pareils faits sont loin d'être rares, du moins à Leipzig, où ses observations ont été faites; il a eu maintes fois l'occasion de constater, particulièrement dans la rate, autour des corpuscules de Malpighi, des particules de charbon; ce fait se voit encore plus nettement dans le pancréas, et l'examen microscopique suffit souvent pour ne laisser aucun doute; pour l'examen du foie et surtout des reins, il faut recourir au microscope.

L'introduction des particules de charbon dans le courant sanguin se fait par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques, non pas par le canal thoracique, mais directement, les ganglions adhérant aux parois des vaisseaux et finissant par les perforer. En effet, les artères ou veines pulmonaires sont en quelques points intimement adhérentes aux ganglions voisins; plus tard la paroi du vaisseau devient grisâtre, plus adhérente; il semble qu'il y ait là une cicatrice; enfin, il se forme comme une ulcération noirâtre entourée d'un rebord plissé, presque cicatriciel. Au microscope, des coupes perpendiculaires à la paroi vasculaire montrent encore mieux comment se fait le processus et comment, pour ainsi dire, le ganglion pénètre dans la lumière du vaisseau qui est alors presque toujours notablement rétrécie. C'est seulement inhalées en grande quantité, que les particules solides peuvent produire des lésions accusées des poumons; agissent-elles mécaniquement, par compression, ou bien par leurs propriétés chimiques? Les auteurs antérieurs pensaient qu'elles agissaient en déchirant les tissus, ce qui n'est guère admissible; Weigert admet qu'il s'agit, dans les cas qu'il a étudiés, d'une véritable adénite et périadénite, déterminée par la présence du pigment, qui agit de la même façon sur les tissus de nouvelle formation et qui finit par pénétrer dans les vaisseaux. Une partie du pigment reste dans les poumons, mais une autre partie va se déposer dans la rate, le foie, peut-être dans d'autres organes, subissant le sort réservé aux particules solides introduites dans le courant sanguin. Cependant, dans ces divers organes, ces particules solides sont plus ou moins inoffensives; aussi cette étude est-elle plutôt théorique qu'utile au clinicien. Il est curieux également de voir que cette voie ouverte ne soit pas suivie par des germes infectieux, tels que ceux de la tuberculose, par exemple; il est probable qu'ils n'y trouvent pas un terrain favorable. En terminant, l'auteur fait remarquer cependant qu'il est possible, que le poison tuberculeux puisse dans certains cas suivre le même processus d'invasion de l'organisme que les particules de charbon; il serait intéressant, dit-il, de voir l'état des ganglions bronchiques des enfants qui succombent à une tuberculose consécutive à la rougeole.

W. OETTINGER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

I. — **Ueber die Frage der Resorption durch die Haut, par L. LEWIN** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 15, p. 231, 9 avril 1883*).

II. — **Ueber Hautresorption, par GÜNTHER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n. 9, p. 227, 1er mai 1883*).

La résorption de substances en solution aqueuse à travers la peau intacte est encore discutée.

Lewin a refait les expériences de Röchrig (*R. S. M.*, I, 68), en suivant son procédé de pulvérisations, mais il n'est arrivé qu'à des résultats négatifs.

Avec Rosenthal, il a aussi étudié l'absorption des sels de plomb solubles, en déterminant sur les téguments préalablement rasés, une vive injection, au moyen de frictions avec une brosse imprégnée de sel plombique.

De ces expériences, Lewin conclut que l'absorption n'est possible qu'à deux conditions : 1° une action mécanique (frictions); 2° un état d'hyperémie inflammatoire des téguments.

II. — Günther dit qu'avant d'affirmer un résultat négatif il faut prolonger les expériences dix jours de suite; c'est pour avoir conclu beaucoup trop hâtivement que von Wittich a nié l'absorption cutanée affirmée par Röchrig.

Dans ses expériences qui ont porté surtout sur des solutions aqueuses, alcooliques et éthérées de salicylate de soude, de pilocarpine et d'apomorphine, Günther a suivi le même mode expérimental que Röchrig et von Wittich, pulvérisant les solutions aqueuses avec l'appareil à vapeur, les autres avec l'appareil de Richardson; la quantité de liquide employée était de 300 à 400 grammes.

Voici ses conclusions :

Le salicylate de soude, pulvérisé en solution aqueuse ou alcoolique, apparaît dans l'urine du 9e au 12e jour des expériences; en solution éthérée, la réaction est déjà nette au bout de 4 à 5 jours.

Deux fois vingt-quatre heures après l'arrêt des expériences, le perchlorure de fer ne décèle plus la présence d'aucune trace de salicylate dans l'urine.

La réaction ne s'accentue que graduellement et disparaît de même.

Lorsqu'on a eu soin au préalable de savonner la peau et surtout de la dégraisser avec de l'éther, l'absorption est beaucoup plus rapide.

En ce qui concerne la pilocarpine, les prédispositions individuelles jouent un rôle manifeste. Dans un cas, à la suite de la pulvérisation de 300 grammes d'une solution éthérée d'un décigramme de cette substance, Günther a obtenu tout l'ensemble symptomatique caractéristique, y compris les modifications du pouls constatées au sphygmographe.

Les sueurs et la salivation se sont produites dans la majorité des expériences, mais chez certains sujets, les résultats ont été entièrement négatifs.

Avec l'apomorphine, Günther n'a jamais vu de vomissements, mais parfois des nausées. (*R. S. M.* II, 570; VII, 483 et XXI, 432.) J. B.

Beitrage zur Lehre über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle (Influence des médicaments alcalins sur la composition de la bile), par S.-W. LEWASCHEW (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VII, p.* 608, 1884).

Lewaschew établit sur des animaux des fistules biliaires et cherche les variations produites dans la composition de la bile par les médicaments alcalins tels que le bicarbonate, le sulfate, le phosphate et le salicylate de soude.

Le bicarbonate de soude introduit en quantité suffisante dans l'estomac amène une dilution de la bile produite par la diminution relative de ses éléments constitutifs les plus importants. En augmentant la dose, la dilution de la bile ne dépasse pas un certain degré à moins de donner le bicarbonate de soude dissous dans l'eau, c'est sous cette forme qu'il agit le plus sûrement.

Le sulfate et le phosphate de soude agissent comme le bicarbonate, mais le salicylate de soude même à faible dose produit une dilution de la bile bien plus intense et plus persistante. Aussi devrait-on donner la préférence à ce sel quand, chez l'homme, la sécrétion biliaire étant diminuée ou les voies biliaires oblitérées ou encore dans tout autre but thérapeutique, on voudra faire sécréter une bile plus abondante, plus riche en eau, plus pauvre en matières solides. M. DEBOVE.

Azione della resorcina sulla milza (Action de la résorcine sur la rate), par MARAGLIANO (*Italia medica, n°* 13, 1884).

Maragliano a vérifié la justesse de l'observation de Kahler concernant l'influence de la résorcine sur la réduction du volume de la rate. Il rapporte brièvement quatre observations qui démontrent cette action directe de la résorcine sur la rate; mais il fait remarquer qu'elle s'exerce indépendamment de la manière dont se comporte le processus général infectieux. La cachexie et les accès fébriles persistent pendant l'usage du médicament. F. BALZER.

Ueber den Einfluss des Pilocarpin und Atropin auf die Milchbildung (Influence de la pilocarpine et de l'atropine sur la production du lait), par F. HAMMERBACHER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 228).

Hammerbacher a fait sous la direction de Nasse, à Rostock, une série d'expériences sur l'influence que la pilocarpine (0 gr, 15 de chlorhydrate de pilocarpine en injection sous-cutanée) et l'atropine (0 gr, 18 de sulfate d'atropine) exercent sur la quantité et la qualité du lait sécrété par une chèvre. Il résulte des tableaux de chiffres publiés par Hammerbacher que la pilocarpine, loin de pouvoir être considérée comme un lactagogue (comme le veut Röhrig), provoque plutôt une légère diminution de la quantité du

lait sécrété. En outre le lait sécrété sous l'influence de la pilocarpine est aqueux, pauvre en matériaux solides.

L'atropine diminue considérablement la quantité de lait, mais le lait est beaucoup plus riche en matériaux solides, notamment en graisse.

L. F.

Ueber den Einfluss des Chinin auf den Stoffwechsel des gesunden Organismus (Influence de la quinine sur la nutrition de l'organisme sain), par PRIOR (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 287).

L'auteur commence par l'historique détaillé de la question que l'on peut consulter dans l'original. Les conclusions des expériences entreprises par l'auteur sur lui-même (régime aussi uniforme que possible) et sur un chien (abstinence complète d'aliments ; eau comme boisson) peuvent être formulées de la façon suivante :

L'ingestion de quinine augmente la quantité d'urine excrétée ; il y a excitation du parenchyme rénal et des voies urinaires.

L'ingestion de quinine diminue la quantité d'urée, d'acide urique, de chlorure de sodium, d'acide sulfurique et d'acide phosphorique éliminés au dehors par les urines. La quantité d'azote contenu dans les excréments ne varie guère. La diminution dans le chiffre de l'azote excrété par les urines se fait légèrement sentir encore le lendemain et le surlendemain du jour de l'ingestion de la quinine. A cette époque l'organisme est encore sous l'influence de la quinine, qui ne disparaît des urines que le troisième jour.

La digestion et la résorption des matières albuminoïdes ne sont pas enrayées par l'ingestion de la quinine. D'autre part, il n'y a aucun obstacle dans l'élimination au dehors des produits de la destruction organique des albuminoïdes. On est donc conduit à admettre que la quinine porte son action modératrice directement sur les éléments organiques qui sont le siège de la destruction des albuminoïdes. L. F.

Ist Santonsäure wirklich ein ausschliessliches Hirnkrampfgift? (L'action convulsivante de l'acide santonique s'exerce-t-elle exclusivement sur l'encéphale comme on l'admet généralement?), par B. LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 293).

B. Luchsinger n'admet pas de poisons convulsivants agissant exclusivement sur le cerveau. Il a démontré antérieurement que la picrotoxine, le camphre, la cocaïne, peuvent exercer leur action excitante sur la moelle épinière entièrement séparée de la moelle allongée. Les expériences récentes qu'il a faites sur l'action de l'acide santonique l'ont conduit aux mêmes conclusions. Si l'on supprime chez le lapin l'activité des centres nerveux encéphaliques par la ligature des carotides et des vertébrales, en ayant soin d'entretenir la respiration artificielle, et si l'on injecte lentement du santonate de sodium dans le bout central de la jugulaire, on pourra observer des mouvements convulsifs de la queue et des extrémités postérieures. Ces mouvements ne peuvent être attribués à une excitation asphyctique de la moelle : on ne peut les expliquer qu'en admettant une action directe de l'acide santonique sur la moelle. L. F.

De l'action pharmacologique de l'hydrastine, par A. SLAVATINSKI (*Méd. Obosrénié, n° 16, 1884*).

Dans ses expériences, Slavatinski s'est servi de l'hydrastine, alcaloïde de l'hydrastis canadensis. Cinq à dix minutes après l'injection de 1 à 2 milligrammes sous la peau des grenouilles, on voit apparaître chez ces animaux des troubles de coordination. La réaction aux irritations externes est affaiblie ; la respiration s'accélère, les battements du cœur se ralentissent de moitié, mais sans perdre de leur énergie. Après une demi-heure tout s'apaise. Des doses de 3 à 5 milligrammes produisent des convulsions généralisées analogues à celles que donne la strychnine ; 5 à 10 milligrammes constituent une dose mortelle.

L'hydrastine ralentit l'action du cœur, même après la section de la moelle et des nerfs vagues, ainsi qu'après l'atropinisation. Le cœur, plongé dans une faible solution d'hydrastine, s'arrête promptement en diastole ; les piqûres et les excitations électriques sont alors incapables de produire des contractions isolées du muscle cardiaque. Il faut en conclure que l'hydrastine agit directement sur les ganglions nerveux et le muscle du cœur. Les fortes doses d'hydrastine abolissent la sensibilité à la douleur ; cependant les irritations tactiles provoquent encore des accès convulsifs.

Pour les animaux à sang chaud, la dose expérimentale est de 2 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal. W. HOLSTEIN.

Effets physiologiques de la digitaline amorphe, par KAUFMANN (*Revue de médecine, mai* 1884).

Les expériences de l'auteur ont été faites sur des animaux de grande taille à l'inverse de celles de ses devanciers. Les résultats obtenus ont été, pour la plupart, enregistrés à l'aide de la méthode graphique, ainsi qu'on peut le constater, grâce aux nombreux tracés annexés à ce mémoire. Dans toutes ses expériences, l'auteur a fait usage de la digitaline amorphe en solutions aqueuses titrées au 1/50, 1/100, 1/200, etc. Les principales conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes.

La digitaline agit comme un irritant local énergique. Les effets généraux apparaissent dans toute leur pureté quand les solutions étendues sont confiées aux veines, à la trachée ou à l'estomac. Les injections sous-cutanées et intra-musculaires engendrent une fièvre de réaction. La digitaline produit un ralentissement du pouls à faible dose, un ralentissement suivi d'une accélération à dose moyenne et une accélération à forte dose. Le ralentissement du cœur est dû à une excitation bulbaire et intra-cardiaque du système modérateur et l'accélération est due à la paralysie centrale et périphérique de ce même système. Elle élève la pression intra-cardiaque diastolique et systolique et augmente par conséquent le travail mécanique du cœur. Elle augmente l'énergie des contractions cardiaques et augmente le volume des ondées. Pendant le ralentissement, les contractions cardiaques sont souvent associées par deux ou par trois. Pendant l'accélération, les battements du cœur sont réguliers. A faible dose, le pouls devient plus fort. A dose forte, il est fort d'abord et faible ensuite. Le pouls prend souvent un caractère bigé-

miné ou trigéminé. Les doses faibles augmentent légèrement la tension artérielle par excitation centrale et périphérique des vaso-moteurs, les doses plus fortes l'augmentent d'abord, puis la diminuent ; elles diminuent aussi la vitesse d'écoulement du sang dans les artères. Elles abaissent la température rectale et diminuent enfin la quantité d'urine sécrétée chez les animaux sains. C. GRAUDHAU.

Wirkung des Atropins auf die Leistung des Herzens (Action de l'atropine sur la contractilité cardiaque), par H. SCHAPIRO (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, *n° 33*, 1884).

L'atropine augmente-t-elle ou diminue-t-elle les contractions cardiaques ? Les auteurs divergent sur ce point. D'après Schapiro, l'action de cet alcaloïde varie suivant la température. Au-dessus de 15° centigrades l'atropine affaiblit les contractions, au-dessous de 7° à 8° centigrades, elle les renforce : elle agit comme l'élévation de la température, parce qu'elle influence de la même manière les pneumogastriques ; on sait, en effet, que l'excitation de ces nerfs n'est suivie d'aucun résultat quand on a échauffé préalablement le cœur. L. D.-B.

Physiologische und therapeutische Wirkungen des Convallamarin (Actions physiologiques et thérapeutiques de la convallamarine), par G. LEUBUSCHER (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd. VII*, *p.* 581).

Leubuscher étudie l'action physiologique et thérapeutique de la convallamarine.

La convallamarine est un poison qui agit très énergiquement sur le cœur, qu'elle soit injectée sous la peau ou directement dans le sang. Elle tue, même à petite dose, en arrêtant le cœur, aussi bien les animaux à sang chaud que ceux à sang froid. De fortes doses amènent le ralentissement, puis l'arrêt du cœur. La pression baisse et d'une façon continue avec les doses qui amènent la mort. L'excitabilité des nerfs vagues est d'abord augmentée, puis suspendue.

L'auteur a donné la convallamarine dans des maladies du cœur où on prescrit habituellement la digitale. Il n'a observé, ni la diurèse, ni une diminution de l'œdème, ni la régularisation du pouls; en un mot, aucun malade ne vit son état s'améliorer ; dans certains cas, le pouls est devenu irrégulier. M. DEBOVE.

Zur therapeutischen Bedeutung von Sauerstoff und Ozon (Sur la valeur thérapeutique de l'oxygène et de l'ozone), par M. FILIPOW (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *Band XXXIV*, *p.* 335).

Filipow étudie sur l'homme (et la grenouille) l'influence que les inhalations d'oxygène exercent sur le nombre des pulsations et des respirations, sur la chaleur animale et sur la courbe pléthismographique. Cette influence paraît nulle ; tout au plus y a-t-il chez la grenouille un léger ralentissement des mouvements respiratoires. Filipow ne croit pas, d'après ses expériences, à l'efficacité des inhalations d'oxygène dans les cas d'em-

poisonnement par le chloroforme, l'alcool, le sulfure de carbone ou l'oxyde de carbone.

Les inhalations d'ozone dilué n'auraient pas l'action hypnotique décrite par Binz. Les inhalations d'ozone concentré provoquent une vive irritation des muqueuses respiratoires avec hypersécrétion. Binz a constaté également de la salivation et un ralentissement des pulsations cardiaques. Ce dernier phénomène est sans doute un réflexe ayant son point de départ dans l'irritation de la muqueuse respiratoire. Tout autre gaz irritant, tel que le chlore ou l'ammoniaque, provoque des symptômes analogues. Binz ne considère pas le passage de l'ozone dans le sang comme démontré.

L. F.

Ueber Wirkung und Schicksal des Trichloräthyl und Trichlorbutylalkohols im Thierorganismus (Sur l'action physiologique et les transformations des alcools éthylique et butylique trichlorés), par E. KÜLZ (*Zeitschrift für Biologie, Band XX, p.* 157).

On connait la théorie mise en avant par Liebreich, d'après laquelle l'hydrate de chloral devrait son action hypnotique à la transformation en chloroforme qu'il subirait dans l'organisme au contact des alcalis. Parmi les nombreuses objections que l'on a opposées à cette manière de voir, il faut spécialement citer le fait découvert par von Mering et Musculus et qui consiste dans l'apparition de l'acide urochloralique dans les urines à la suite de l'ingestion d'hydrate de chloral. Cependant la valeur de cet argument reste douteuse tant qu'il n'est pas établi que l'ingestion de chloroforme ne donne jamais lieu à la formation d'acide urochloralique. Les recherches entreprises par Külz dans cette direction lui montrèrent que l'urine des personnes soumises pendant longtemps à l'action du chloroforme (opérations chirurgicales) peut présenter les réactions caractéristiques de l'urine chloralique : rotation à gauche, précipitation de la substance lévogyre par l'acétate de plomb basique, action réductrice du filtrat lévogyre provenant de la décomposition du précipité plombique, enfin rotation à droite (acide glykuronique) après décomposition par l'acide chlorhydrique. Cependant Külz ne parvint dans aucun cas à isoler en substance l'acide urochloralique. Il démontra au contraire que les réactions qui pourraient faire croire à la présence de l'acide urochloralique sont dues à une toute autre substance dérivant non du chloroforme de l'anesthésie mais de l'acide phénique employé dans le pansement. Cette substance est l'acide phénylglykuronique (Voy. *Archiv. f. d. ges. Phys.*, XXX, p. 485), acide glykuronique conjugué qui, par l'action des acides minéraux, se scinde en phénol et en acide glykuronique dextrogyre et réducteur.

L'action du chloral ne peut donc pas être assimilée à celle du chloroforme ; cependant ces recherches n'avaient pas résolu la question de savoir si le chloral agit directement comme hypnotique ou par l'intermédiaire de ses produits de transformation. Von Mering nous a appris que les produits chlorés de transformation organique de l'acide urochloralique et de l'acide urobutylchloralique sont les alcools éthylique et butylique trichlorés. Külz a étudié l'action physiologique de ces deux alcools préparés non synthétiquement (méthode de Garzarolli-Thurnlach), mais au moyen

d'acides urochloralique et urobutylchloralique. Il a constaté que tous deux exercent une action hypnotique des plus marquées (1 gramme de substance pour un lapin adulte) et réapparaissent dans les urines sous forme d'acides trichloréthylglykuronique et trichlorbutylglykuronique. Il a constaté également que l'acide urochloralique et son sel de sodium, de même que l'acide urobutylchloralique, ingérés en quantité suffisante, provoquent un sommeil plus lent à s'établir et se prolongeant davantage qu'à la suite de l'absorption de l'hydrate de chloral ou de butylchloral, et des alcools éthylique et butylique trichlorés.

Il est donc permis de conserver des doutes sur l'action hypnotique directe de la molécule d'hydrate de chloral, quoique cette action directe paraisse assez probable. LÉON FREDERICQ.

Wirkung des Methylenjodid (Action de l'iode-méthyle), par SCHWERIN (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, *n.* 9 *et* 10, 1884).

L'iode-méthyle (CH^2I_2) est un des composés iodés les plus riches en iode (94,7 0/0). Il ne possède aucune propriété antiseptique; mais il a une action toxique très grande, du moins sur les oiseaux et les cobayes. Il produit l'hypnose et l'anesthésie; en outre il arrive au cerveau, de sorte que l'iode qu'il renferme paralyse les cellules ganglionnaires au même titre que les autres composés organiques d'iode, l'iodoforme par exemple. L. D.-B.

Beitrag zur Wirkung der Aloë, par Richard KOHN (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 5, *p.* 68, 30 *janvier* 1882).

Kohn a fait des expériences sur l'administration sous-cutanée de l'aloës. Chez l'homme, Luton, puis Fronmüller (*Memorabilien* 1878, p. 187), ont obtenu des effets purgatifs en injectant un gramme d'une solution au dixième. Kohn a répété sans succès cette expérience sur un certain nombre d'aliénés, en se servant de la même solution, dont il est arrivé à injecter quotidiennement $0^{gr},6$.

Kohn a entrepris, sans plus de résultat, une autre série d'injections hypodermiques avec une solution identique d'extrait d'aloès.

Tout aussi infructueuses ont été ses expériences sur l'homme avec l'aloïne cristallisée, portée à des doses bien supérieures à celles ($0^{gr},04$ à $0^{gr},08$) avec lesquelles Fronmüller avait observé une action purgative.

Chez les animaux, les résultats ont été également négatifs, en ce qui concerne l'action purgative.

Les lapins auxquels Kohn a injecté, sous la peau, une quantité suffisante d'aloïne, ont toujours présenté à l'autopsie une gastrite hémorragique avec ou sans ulcérations; leur estomac était rempli d'ecchymoses, isolées ou groupées, rappelant les lésions arsénicales.

Chez un chien qui avait reçu, par la voie hypodermique, 2 grammes d'aloïne, dissoute dans 20 grammes d'eau, Kohn a noté un abaissement assez considérable de la tension sanguine dans la jugulaire et, *post mortem*, les mêmes altérations stomacales que chez les lapins.

Un autre phénomène, constant chez les chiens, lapins et souris auxquels on injecte de l'aloïne sous les téguments, est la présence, dans

l'urine, de nombreux cylindres foncés, finement granuleux, de dimensions variables, à bords lisses ou dentelés. Ces cylindres correspondent à une lésion du rein, qui n'est reconnaissable qu'au microscope, après durcissement et coloration des coupes. L'épithélium des tubes flexueux est détaché de son substratum ; il est trouble, granuleux, et ses noyaux ont plus ou moins disparu. Au contraire, les noyaux des glomérules, l'épithélium des tubes droits ainsi que leurs noyaux sont normaux. Le tissu interstitiel n'est pas hyperplasié.

Il y a là une analogie frappante avec les altérations signalées d'abord par Weigert (*Virchow's Archiv*, tome LXXII) dans le rein, à la suite de l'empoisonnement par les sels de chrome et vérifiées par Litten, Posner, Voorhœve. Depuis lors, Weigert a décrit une néphrite identique, produite par la cantharidine.

Kohn a ensuite recherché dans l'urine humaine l'aloës et l'aloïne, à l'aide d'une méthode indiquée par Borntraeger (*Zeitschrift f. anal. Chemie*, 1880). Cette méthode consiste à additionner une teinture alcoolique d'aloës préparée à froid avec le double de son volume de benzine, à agiter le mélange, à décanter la benzine quand elle a pris une teinte vert jaunâtre, à lui ajouter alors quelques gouttes d'ammoniaque et à chauffer. L'ammoniaque prend une belle couleur rouge violet qu'elle perd par addition d'acide et qu'elle récupère lorsqu'on neutralise par un alcali.

Avec l'aloës, c'est surtout au bout de trois heures que la réaction est la plus nette.

Étudiant enfin les effets toxiques de l'aloïne administrée à hautes doses par la voie sous-cutanée, Kohn a constaté qu'avec l'aloïne de Merck (tirée de l'aloës des Barbades) la dose toxique est d'un décigramme par kilogramme du poids de l'animal, pour les chiens, ce qui correspond assez exactement avec la dose reconnue mortelle pour les souris. En revanche, les lapins présentent une résistance plus grande à l'intoxication (*R. S. M.*, VI, 599; IX, 121). J. B.

Ueber den Uebergang von Arsenik in die Frauenmilch, par EWALD (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 35, *p.* 544, 28 *août* 1882).

A une femme de 23 ans qui allaitait son enfant, et qui avait des névralgies faciales, Ewald fit prendre quotidiennement 6 milligrammes d'acide arsénieux, sans aucun inconvénient pour la santé du nourrisson.

Le quatrième ou cinquième jour de cette médication, Ewald rechercha vainement, au moyen de l'appareil de Marsh, la présence d'arsenic dans une trentaine de centimètres cubes de lait provenant de sa malade.

On sait que Dolan (*R. S. M.*, XXI, 85) a obtenu au contraire un résultat positif en examinant le lait d'une femme nourrice qui prenait 12 milligrammes d'acide arsénieux par jour, c'est-à-dire une quantité double. J. B.

De l'élimination du bichromate de potasse, par DUMOUTIERS (*Progrès médical*, 26 *juillet* 1884).

L'auteur a recueilli les urines et les fèces de deux chats et d'un chien empoisonnés par ce sel. Les fèces ont une couleur verte ; desséchées à

100°, l'ammoniaque froide donne à leur solution une teinte rose. La solution chauffée abandonne un précipité qui, après oxydation, est reconnu pour un chromate de potasse.

L'urine a la couleur jaune normale ; au moyen de l'acétate de plomb on obtient un précipité jaune de chromate de plomb soluble dans la potasse. H. L.

I. — Recherches sur l'action du venin des serpents, par URUETA (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — On the nature of snake-poison, its effect on living creatures and the present aspect of the treatment of the poisoned, par sir Joseph FAYRER (*The Lancet*, 2-16 *février* 1884).

III. — Fatal case of poisoning by Bungarus cæruleus (Empoisonnement mortel par la morsure du bungarus cæruleus), par A. LUNG (*Brit. med. journ.*, *p.* 407, *mars* 1884).

I. — Les deux grands symptômes de l'empoisonnement par ce venin sont : la paralysie immédiate et les hémorragies capillaires. C'est qu'il contient à la fois un poison du sang et un poison du système nerveux.

Dans les morts rapides le sang est encore coagulable ; mais dans les morts lentes, il est absolument incoagulable ; il possède tous les caractères du sang dissous ; sous l'influence sans doute d'un ferment particulier, la matière fibro-plastique présente ces coagulations capillaires et microscopiques analogues aux concrétions signalées par Hayem dans les coagulations par précipitation. Il faut citer aussi la présence de granulations graisseuses dans le sang et les urines et la dégénérescence adipeuse du rein.

C'est aussi un poison du bulbe, ainsi que le démontrent l'irrégularité et la rapidité des mouvements cardiaques, ainsi que l'arrêt brusque de la respiration.

Deux expériences entreprises avec le permanganate de potasse pour combattre l'action du venin n'ont pas réussi à l'auteur. BAZILE FÉRIS.

II. — Les serpents venimeux qui, aux Indes, font périr en moyenne 20,000 personnes par an, appartiennent à plusieurs espèces : dans le groupe des *colubriformes* se rangent le naja tripudians (cobra), l'ophiophagus elaps (hamadryade), le bungarus cæruleus (krait), le bungarus fasciatus (sanknè), le xenurelaps bungaroides et plusieurs espèces de callophis ; dans le groupe des *vipériformes* on trouve le daboia Russelli (vipère à chaîne) et l'échis carinata (kuper). Parmi ces diverses espèces, les plus dangereuses sont le cobra, l'échis et le daboia. L'appareil à venin, bien que disposé suivant les mêmes principes, diffère un peu entre les deux groupes. Le virus est un liquide transparent, légèrement visqueux, à réaction acide, à gravité spécifique de 1,058 environ. Chez le cobra, il présente une saveur amère qui manque chez le daboia. D'une nuance paille chez le premier, il est, chez l'ophiophagus, d'une belle couleur jaune d'or. Desséché, il prend l'aspect de la gomme arabique sans perdre ses propriétés venimeuses. Les serpents indiens sécrètent leur venin en quantité considérable, et en faisant mordre par un cobra vigoureux une feuille tendue sur une cuiller ou une coquille, on en obtient aisément quinze ou vingt gouttes. La sécrétion ne s'épuise qu'après un grand

nombre de morsures successives et elle reprend rapidement son activité. Contrairement à l'opinion reçue, il agit même déposé sur une muqueuse saine, et l'acte de sucer la morsure n'est nullement sans danger. (Pour la composition chimique, voir le travail de Weir Mitchell et Reichert, page 105.)

Chose singulière, un serpent venimeux ne peut s'inoculer lui-même; il est également impuissant à l'égard des individus de son espèce et des espèces voisines; mais il tue facilement un serpent non venimeux. Le mode d'action du venin est assez variable : le poison du naja tue sans détruire la coagulabilité du sang; celui du daboia fait disparaître entièrement cette propriété. Les différences entre le mode d'action du cobra (colubriforme) et du daboia (vipériforme) se résument ainsi : le venin du cobra, introduit avec lenteur dans la circulation, produit une paralysie lente et progressive qui atteint surtout la langue, les lèvres et le larynx; la respiration est rapidement abolie, et le sujet meurt par axphyxie avec des convulsions qui sont évidemment dues à l'empoisonnement par l'acide carbonique. Dans les mêmes conditions, le venin du daboia détermine d'*abord* des convulsions violentes auxquelles succède une paralysie graduelle qui n'atteint l'appareil respiratoire que tardivement; la respiration d'abord accélérée se ralentit ensuite et devient irrégulière; elle ne se supprime qu'au bout d'un temps fort long. Le venin du cobra n'a guère d'action sur la pupille; celui du daboia produit une dilatation considérable dès les premières phases. La salivation est constante dans le premier cas, elle est excessivement rare dans le second. Le venin du cobra, quand son action n'est pas mortelle, ne produit pas d'infection du sang; on n'observe ni albuminurie, ni suppuration locale, et le rétablissement est rapide et complet. Le venin du daboia, au contraire, est un véritable poison du sang, il détermine de l'albuminurie et des phénomènes d'inflammation; et quand le sujet a traversé la période nerveuse, il est obligé de lutter contre une phase septicémique à peine moins redoutable.

La question du traitement est peu avancée : on n'a pas encore découvert de remède spécifique contre le venin une fois absorbé; et vu la complexité de sa nature, il est peu probable qu'on en trouve jamais. Les indications se bornent à empêcher son absorption, à le détruire sur place si c'est possible, et à soutenir les forces du blessé pour tâcher de prolonger la vie jusqu'à l'élimination du poison. L'auteur recommande la méthode suivante : appliquer aussi rapidement que possible sur le membre blessé une ligature assez serrée pour arrêter complètement la circulation; inciser profondément sur la morsure, réséquer les tissus infiltrés ou altérés, cautériser ensuite la plaie au fer rouge ou y injecter une solution de permanganate de potasse au vingtième; tenir le malade au repos, chaudement enveloppé; administrer les stimulants, l'alcool, l'ammoniaque à l'intérieur, et si la respiration s'affaiblit, pratiquer la respiration artificielle. H. BARTH.

III. — Un soldat, âgé de 33 ans, de service aux Indes, est piqué le 18 mai 1883, à 9 heures du matin, par un serpent de la famille des couleuvres, le bungarus cæruleus. Il arrive à l'hôpital trois heures et demie après, ayant pris soin de sucer immédiatement la plaie. Celle-ci se présente sous l'aspect de deux piqûres d'épingle entre le pouce et l'index de la main droite. Les téguments ne sont ni gonflés ni douloureux. A dix heures, douleur épigastrique vive, mais passagère (potion à l'ammoniaque). Vers 2 heures de l'après-

midi, sans apparence de gonflement ni de souffrance locale, survient de la dyspnée, et bientôt après du spasme de la glotte; à ces symptômes ne tarde pas à s'ajouter de la dysphagie avec accumulation de salive dans la bouche : (bain chaud prolongé, qui apaise momentanément les accidents nerveux.)

A 7 heures du soir, aggravation; reprise des accès de spasme de la glotte, pupilles dilatées, orthopnée considérable (lavement de brandy et de térébenthine, bouillon de poulet, glace à l'intérieur, nouveau bain).

Vers 5 heures du matin, les accès de suffocation sont moindres, mais le pouls s'affaiblit, devient petit et misérable; le cœur se contracte mal et irrégulièrement (nouveau lavement alcoolique); à 2 heures de l'après-midi, mort subite par syncope. A l'autopsie, congestions viscérales multiples, sang diffluent noirâtre. Aucune lésion de la peau ni du tissu cellulaire de l'avant-bras : piqûres imperceptibles, visibles seulement à la loupe.

Le venin de cette couleuvre agit très spécialement et n'est nullement semblable à celui du crotale ou de la vipère commune, qui donne lieu à du gonflement local des membres et à de l'algidité. Il y a dans cet empoisonnement une série de phénomènes bulbaires qui se rapprochent de ceux de la rage. H. R.

I. — Preliminary Report on the Venom of Serpents, par S.-Weir MITCHELL et Edward T. REICHERT (*The medical News*, 28 *avril* 1883).

II. — Sodine an antidote for snake-bite, par George-H. CARPENTER (*Idem* 21 *avril* 1883).

III. — A partial study of the poison of Heloderma suspectum (Cope), the Gila Monster, par S.-Weir MITCHELL et Edward-T. REICHERT (*Idem*, 24 *février* 1883).

IV. — Appareil venimeux et venin du scorpion, par Jean JOYEUX-LAFFUIE (*Thèse de Paris*, 1883, *n°* 438).

I. — W. Mitchell et son collaborateur étudient dans ce premier mémoire les venins du crotale (*C. adamanteus*), du mocassin (*Toxicophis piscivorus*), de la tête cuivrée (*Agkistrodon contortrix*) et du cobra de l'Inde; ce dernier seulement à l'état sec.

Au point de vue des caractères physiques, le venin frais des trois serpents américains ne diffère pas d'aspect. C'est un fluide jaunâtre ou incolore, légèrement trouble, plus ou moins visqueux, inodore et de réaction invariablement acide.

Frais ou desséchés, ces venins sont solubles dans l'eau, à la température ordinaire, en donnant toutefois lieu à un léger nuage qui se précipite à la longue.

A l'état sec, les venins ressemblent à l'albumine de l'œuf et se fendillent suivant d'innombrables rayons qui simulent à s'y méprendre des cristaux aciculaires. La perte en poids résultant de la dessiccation s'élève à près de 75 0/0 pour les venins du serpent à sonnettes et du mocassin.

Tous, sauf celui du crotale diamanté, peuvent être soumis à la température de l'eau bouillante, sans perdre complètement leur pouvoir toxique, mais en éprouvant des modifications notables dans leurs propriétés physiologiques.

Au contraire, la toxicité du venin du crotale adamantin est détruite à 80° centigrades environ, tandis que le venin d'une autre espèce de serpent

à sonnettes (*C. durissus*), ainsi que Mitchell l'a établi il y a quelques années, n'est nullement affecté par l'ébullition.

Les symptômes déterminés chez les animaux par les quatre venins qui font l'objet de la présente étude ne diffèrent guère que quant à l'intensité. C'est toujours le cœur qui est le premier organe atteint. La pression sanguine est abaissée passagèrement, puis survient un affaiblissement mortel des centres respiratoires. Le sang a perdu de sa coagulabilité et on note des hémorragies locales. Par ordre d'énergie décroissante, se placent : 1° cobra ; 2° tête cuivrée ; 3° mocassin ; 4° crotale.

Mitchell et Reichert ont réussi à isoler des venins du mocassin et du crotale trois matières protéiques, dont deux solubles dans l'eau distillée.

Des deux substances protéiques solubles, l'une n'est pas coagulable à 100°. On peut l'obtenir soit par l'ébullition (qui précipite ou détruit les deux autres) suivie de filtration, soit par la dialyse. Ces caractères indiquent qu'elle appartient aux peptones, dont elle présente d'ailleurs toutes les réactions.

Trois de ces réactions toutefois la distinguent de toutes les autres peptones jusqu'ici connues : 1° le précipité obtenu par l'acide acétique très dilué est redissous par une nouvelle adjonction d'acide ; 2° le précipité déterminé par le chlorure de sodium se redissout quand on ajoute de l'acide acétique glacial ; 3° le précipité formé par l'hydrate de potasse se redissout par addition d'acide nitrique, en donnant une liqueur jaune qui se décolore si on ajoute de l'acide.

Quand on fait dessécher une solution de cette substance protéique du mocassin, à une température un peu inférieure à 100°, il est désormais impossible de la redissoudre complètement dans l'eau distillée ; il reste toujours dans le mélange des coagulations. Celles-ci séparées, le liquide filtré, qui possède cependant les mêmes réactions qu'auparavant, n'est pas plus toxique que les coagulations elles-mêmes.

La peptone du venin de crotale recueillie par dialyse, après avoir été desséchée à 40°, se redissout entièrement dans l'eau distillée et conserve toutes les réactions caractéristiques, ainsi que sa toxicité.

Une deuxième substance protéique a été extraite par Mitchell et Reichert du dépôt qui se forme au bout de quelques heures dans le venin frais ou liquéfié. Ses réactions la rapprochent des globulines et spécialement de la paraglobuline.

La globuline du mocassin diffère de celle du crotale en ce que l'ébullition la dissout au lieu de la coaguler, et que d'autre part elle n'est soluble que dans des liqueurs acides ou alcalines plus concentrées.

Enfin, après extraction de la peptone et de la globuline, il reste encore dans le venin un troisième corps qui se coagule vers 70° et offre toutes les réactions des matières protéiques. Mais Mitchell et Reichert n'ont pas encore réussi à l'isoler, à l'état de pureté, des deux autres.

Les caractères de cette troisième substance, solubilité parfaite dans l'eau, point de coagulation, précipitation par les alcalis et les acides faibles, indiquent que ce doit être une albumine, plus analogue à celle du sérum qu'à celle de l'œuf, car l'éther ne la précipite point.

Une étude encore inachevée des propriétés physiologiques des diverses matières protéiques du venin montre déjà que la peptone, bien que

toxique, est loin de présenter tous les attributs caractéristiques du venin lui-même.

Son action est beaucoup plus lente. Localement, au lieu de suffusions sanguines, elle occasionne de l'œdème et de la gangrène des tissus. Elle abaisse immédiatement de moitié la pression sanguine, puis détermine des convulsions qui s'accompagnent d'une élévation de la pression sanguine au-dessus de la normale.

On peut en conclure que cette peptone, qui est un poison putride, ne constitue pas l'élément essentiel de la toxicité du venin de serpent.

L'énergie de la globuline est tout autre : un vingtième de grain suffit à tuer un pigeon en deux heures, et à provoquer en quelques minutes d'énormes infiltrations sanguines dans les tissus avoisinant le lieu de l'injection et dans la cavité péritonéale, comme le venin naturel. En revanche, la globuline n'agit pas sur la pression sanguine.

L'albumine du venin paraît inoffensive.

Les venins du crotale diamanté, de la tête cuivrée et du mocassin sont détruits par le brome, l'iode bromhydrique (33 0/0), les hydrates de sodium et de potassium.

II. — Carpenter rapporte deux cas de morsure de serpent (tête cuivrée) dans lesquels il a administré avec succès l'iode, extérieurement et intérieurement.

Le premier malade, un homme robuste de 30 ans, avait été mordu aux deux cous-de-pied en se promenant pieds nus, au mois d'août. Vomissements répétés; enflure remontant très rapidement jusqu'aux genoux avec marbrures des téguments, douleurs extrêmes. Carpenter le voit cinq heures après l'accident : physionomie pâle et anxieuse, respiration laborieuse, pouls vacillant, soubresauts musculaires dans tout le corps. Quinze gouttes de teinture d'iode composée, dans un tiers de verre d'eau et badigeons iodés. Une demi-heure plus tard, il y a déjà rémission des douleurs et amélioration correspondante dans le reste des symptômes. Durant plusieurs jours, le malade a continué la teinture d'iode à l'intérieur, à la dose de dix gouttes toutes les trois heures, ainsi que les applications locales. Au bout de peu de jours, l'œdème commence à diminuer, mais il est longtemps resté de la sensibilité et de la raideur des pieds.

L'autre malade avait été mordu, en juin, au dos de la main. Traité de la même façon, il guérit en conservant plusieurs mois du gonflement local et de la sensibilité douloureuse (*R. S. M.*, I, 401 ; III, 668 ; IV, 320 ; V, 334 ; VI, 294 ; IX, 102 ; XVIII, 60 ; XX, 78 et 79 ; XXI, 101 et 102 ; XXII, 94).

III. — Le lézard de l'Arizona ou heloderma suspectum de Cope a les dents antérieures caduques, cannelées et en communication par des conduits avec des glandes volumineuses placées en dedans de l'angle maxillaire inférieur.

Mais les opinions sont encore très contradictoires sur le point de savoir si cet animal, constituant une exception parmi les lacertiens, est venimeux.

Mitchell et Reichert ont fait des expériences qui résolvent la question dans le sens affirmatif.

Quatre gouttes du liquide buccal de ce lézard, diluées dans un demi-centimètre cube d'eau et injectées dans les muscles thoraciques d'un pigeon, l'ont fait périr en moins de sept minutes, après qu'il eut présenté succes-

sivement de la titubation, une respiration accélérée, superficielle et faible, des convulsions avec dilatation des pupilles.

La salive de l'héloderme, douée d'une légère odeur aromatique, est alcaline, ce qui constitue une première différence avec le venin des serpents, qui a toujours une réaction acide. Ensuite, elle ne détermine aucune lésion locale au niveau de l'injection.

Elle arrête le cœur en diastole, et celui-ci, dès qu'il a cessé de battre, a perdu toute excitabilité. Cet effet sur le cœur est produit directement et non par l'intermédiaire des pneumogastriques.

Elle annihile brusquement les facultés de la moelle épinière, qui reste insensible aux courants les plus énergiques.

En revanche, elle n'atteint nullement les muscles et les nerfs moteurs qui répondent aux courants induits faibles et aux stimulants mécaniques.

Donc la salive de l'héloderme suspect est un poison énergique du cœur.

En terminant, Mitchell s'élève contre l'opinion de A. Gautier, qui cherche à expliquer une partie de l'activité des venins par la présence d'alcaloïdes analogues aux ptomaïnes.

IV. — Ses propres recherches et la discussion des travaux publiés par différents auteurs ont amené Joyeux aux conclusions suivantes :

1° L'appareil venimeux du scorpion (*Sc. occitanus*) est constitué par le sixième et dernier anneau de l'abdomen. Il se termine par un aiguillon présentant près de son extrémité, sur les côtés, deux orifices ovalaires destinés à la sortie du venin.

Les glandes qui sécrètent le venin sont au nombre de deux et possèdent chacune un canal excréteur qui vient déboucher séparément à l'un des orifices latéraux de l'aiguillon.

Chaque glande est située dans une loge formée par le squelette chitineux et par des fibres musculaires striées existant seulement aux faces interne et postérieure de la glande.

La glande est constituée par une paroi propre et par une cavité centrale. La paroi propre se compose de deux couches : 1° une couche de tissu cellulaire présentant des prolongements en forme de lames dans la cavité centrale ; 2° une couche épithéliale tapissant la face interne de la couche précédente ainsi que ses replis.

Les cellules épithéliales de la couche interne, remplies à l'état frais par du protoplasma contenant en suspension de fines granulations, sont les cellules qui sécrètent le venin et d'où il s'échappe pour s'accumuler dans la cavité centrale de la glande.

Le venin du scorpion est un poison très actif qui, à faible dose, amène rapidement la mort chez la plupart des animaux, surtout chez les arthropodes et les vertébrés.

Les phénomènes d'empoisonnement sont toujours les mêmes et apparaissent constamment dans l'ordre suivant : 1° douleur du point piqué; 2° période d'excitation; 3° période de paralysie.

Les phénomènes convulsifs qui caractérisent la période d'excitation sont dus à l'action du venin sur l'encéphale.

Les phénomènes de paralysie tiennent à l'action du venin sur les extrémités périphériques des nerfs moteurs, action analogue à celle du curare.

Les muscles, le cœur et le sang ne sont nullement atteints. En conséquence, le venin du scorpion doit être placé parmi les poisons du système nerveux.

La piqûre des espèces de scorpion vivant en France (*Sc. europæus* et *occitanus*) ne saurait causer la mort de l'homme et présenter de gravité que si le même individu a été piqué par plusieurs scorpions à la fois ou si l'on a affaire à de très jeunes enfants.

Le meilleur traitement local consiste à lier immédiament le doigt ou le membre piqué, à sucer et à faire saigner le plus possible la plaie après avoir préalablement pratiqué un léger débridement ; enfin, à panser avec une solution ammoniacale. Comme traitement général, boissons légèrement alcoolisées et exercice modéré.

Ce travail, très soigné, se termine par un index bibliographique et une planche. J. B.

Experimentelle Studien über Schlangengift (Études expérimentales sur le venin des serpents), par Theodor ARON (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VI, p.* 332 1883).

Aron a étudié dans le laboratoire de Binz l'action du venin des serpents cobras.

Le venin n'a donné lieu à aucun accident local (du moins le venin conservé qui a été à la disposition de l'auteur), mais il produit rapidement la dépression nerveuse et la somnolence.

Le sang est de couleur foncée, ce qui est dû à ce que sous l'influence de l'empoisonnement la respiration s'arrête, amenant l'asphyxie, tandis que la circulation persiste un certain temps. Ce sang n'a point de propriétés toxiques ou plus exactement son action est proportionnelle à la quantité de venin qu'il contient.

Les muscles de l'animal conservent leur excitabilité ; elle est très diminuée pour les muscles qui sont mis au contact direct du venin. La rigidité cadavérique est rapide et très prononcée. Il ne se produit aucun trouble fonctionnel appréciable des fibres musculaires lisses.

Il n'y a aucune modification des propriétés des nerfs moteurs, ni des plaques motrices terminales. La moelle ne transmet plus les incitations motrices, elle transmet encore les impressions de la sensibilité et paraît même les exagérer, son excitabilité réflexe est conservée.

La plus importante de toutes les actions exercées par le venin est celle qu'il exerce sur la respiration. Celle-ci diminue d'abord de fréquence, puis se suspend, d'où l'asphyxie, des convulsions générales, phénomènes qui peuvent être arrêtés par la respiration artificielle. L'action du cœur persiste alors que la respiration a déjà cessé, les ventricules cessent de se contracter alors que les oreillettes se contractent encore.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur étudie l'action des substances qui sont réputées agir comme antidotes du venin des cobras.

L'alcool n'empêche pas l'action du venin, mais la rend plus lente, probablement parce qu'il agit en excitant le cœur. La caféine et l'atropine n'ont produit aucun effet utile.

Le meilleur procédé thérapeutique paraît être d'interrompre momentanément la circulation dans le membre mordu par le reptile, et de faire

au niveau de la morsure une série d'injections sous-cutanées, soit de permanganate de potasse, comma le conseille Lacerda, soit d'hypochlorite de chaux.

L'auteur, dans une série d'expériences, montre que l'addition de cette dernière substance abolit les propriétés toxiques du venin ou les atténue.

M. DEBOVE.

Note sur quelques accidents provoqués par l'asphyxie par la vapeur de charbon. Phénomènes d'incenscienos, de paralysie périphérique, par E. LEUDET (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome XII*, n° 37).

La perte momentanée de la conscience chez certains individus asphyxiés par le charbon est un phénomène rare dont l'auteur cite deux exemples :

La première observation est relative à un jeune employé qui, réveillé par la fumée provenant d'un incendie, se leva, et courut prévenir son camarade, couché dans une pièce contiguë, en lui indiquant la lucarne comme seule voie de salut. Mais au lieu de suivre celui qu'il avait averti si à propos, il rentra dans sa chambre et se cacha sous son lit : il fut trouvé sans connaissance quelques instants après. Transporté à l'hôpital, il en sortit guéri après avoir présenté les accidents d'une congestion pulmonaire hémorragique.

Le second fait a trait à un matelot qui, pour échauffer la cabine où il couchait avec plusieurs de ses camarades, y avait descendu le soir un seau métallique contenant de la houille en ignition. Les hublots de la cabine, au nombre de deux, étaient pourvus de verres en partie brisés, qui permettaient à une certaine quantité d'air extérieur d'y pénétrer. Le marin arrive devant son lit, ôte sa vareuse et se couche avec ses chaussures et le reste de ses vêtements, ce qui ne lui arrivait jamais. On ne le retrouva que le matin à cinq heures. Comme ses compagnons, il ne reprit connaissance qu'au bout de quelques heures et guérit rapidement. Comme le premier malade, il avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé.

L'auteur conclut de ces deux faits que les individus exposés à l'action du charbon en combustion peuvent, surtout lorsque ces vapeurs sont mélangées d'une certaine quantité d'air, présenter un état momentané pendant lequel ils commettent des actions indépendantes et même contraires à leur volonté.

Après avoir rappelé les différents travaux relatifs aux paralysies consécutives à l'action des vapeurs de charbon, l'auteur cite le cas d'un matelot qui s'était enfermé avec un réchaud allumé. Il ne retrouva sa connaissance qu'au bout de 18 à 20 heures Deux jours après, il présentait un affaiblissement des extenseurs d'un avant-bras avec diminution de la sensibilité à la piqûre, et un affaiblissement des extenseurs de la jambe du côté opposé. La guérison fut spontanée et s'effectua en quatre jours.

G. DECAISNE.

Ein Beitrag zur Kentniss und Behandlung der Nitrobenzolvergitung (Empoisonnement par la nitro-benzine. Traitement par la saignée suivie de transfusion), par WERNER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 28 *janvier* 1884).

Une femme de 20 ans avale une trentaine de grammes de nitrobenzine. Au bout d'une demi-heure, elle a des vomissements qui se répètent 4 heures plus tard à la suite d'administration d'huile de ricin.

3 heures après l'empoisonnement, la face est plombée ; dans les 3 heures

suivantes la même coloration grise, ressemblant à un mélange de cyanose et d'anémie, s'est généralisée à la surface des téguments et des muqueuses.

L'haleine à odeur d'amandes amères existe dès le début et persiste après la disparition de tous les autres symptômes.

5 heures après l'empoisonnement, la femme perd peu à peu connaissance. Mais malgré l'insensibilité des pupilles, les réflexes cutanés ne sont pas complètement abolis.

11 heures après l'ingestion du poison, l'état soporeux est devenu du coma. Les extrémités sont froides, la température au-dessous de la normale, le pouls et la respiration augmentés de fréquence. Pendant une heure, quelques mouvements convulsifs de la langue et des masséters. Selles et urines involontaires. Les garde-robes ont la même odeur que l'air expiré. L'urine sent la violette et ne contient ni sucre ni albumine.

Le traitement a consisté, d'abord, en des lavages de l'estomac pratiqués 6 heures 1/2 après l'empoisonnement ; et l'administration de stimulants diffusibles. Dans les premières 28 heures, la malade a pris 200 grammes de cognac en lavement, 400 grammes de vin par la bouche, et 3 à 4 grammes d'éther en injections sous-cutanées.

13 heures après l'empoisonnement, l'état étant encore très grave, Werner fait une saignée de 350 grammes : le sang était tout à fait noir et avait l'odeur d'amandes amères.

Immédiatement après, il transfuse dans la veine 350 grammes de sang humain défibriné.

Cette double opération fut d'abord suivie d'une amélioration : au bout d'un quart d'heure, la température était montée de 36,2 à 38° ; le pouls descendu de 170 à 120 et la respiration tombée de 40 à 28, tout en restant stertoreuse. La femme commençait à avaler et à ouvrir les yeux.

Mais, en dépit de l'administration de deux nouveaux lavements au cognac, 2 heures après la transfusion, se produisait une période d'agitation suivie de coma avec complète insensibilité du pouls. Durant les 5 heures suivantes, on fit à la malade 12 injections d'éther.

Dès le lendemain matin, l'amélioration devenait définitive.

Jusqu'ici, seul, Bahrdt avait tenté, en 1871, la transfusion de 60 grammes de sang défibriné, sans saignée déplétoire, dans un cas d'empoisonnement par la nitrobenzine ; mais cette médication ne lui donna qu'un succès passager (*R. S. M.*, XXII, 491). J. B.

Aphasie transitoire toxique, par DUNOYER (*Gaz. méd. de Paris, n° 39, septembre 1884*).

Une jeune fille de 20 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, croyant à la présence de vers dans son intestin, prend un jour deux dragées de santonine contenant chacune 2 centigrammes et demi de substance active. Trois heures après elle devient aphasique et ne peut plus que prononcer le mot : Mais... Cette aphasie n'a duré que deux heures au plus. Quelques instants après l'ingestion des dragées, la malade a commencé à voir les objets en jaune, et bientôt il lui a été impossible de parler, de répondre aux questions, qu'elle comprenait bien. OZENNE.

THÉRAPEUTIQUE.

Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, par Eugène ROCHARD (*in*-12 *diamant*, *Paris*, 1884).

L'auteur a basé son travail sur deux ordres de documents : 1° les certificats individuels délivrés par le médecin militaire, contrôlés et poursuivis par le médecin-major du corps auquel le blessé appartient; 2 les rapports administratifs et médicaux des inpecteurs adressés à l'Académie de médecine .

Les deux genres d'eaux étudiées sont les eaux sulfureuses et les eaux chlorurées sodiques représentées par Barèges et Bourbonne. Les résultats obtenus ont trait aux lésions traumatiques, à la scrofule et tuberculose locales, à la syphilis et aux maladies cutanées. Nous en extrayons quelques renseignements relatifs aux affections chirurgicales proprement dites.

Et d'abord, la classe des ostéite, carie, nécrose, trouve une sorte de spécialité à Barèges, puisque les observations, pendant un temps déterminé, ont pour résultat 26 0/0 de guérisons sur 54 0/0 d'améliorations. Mais c'est aussi la classe qui fournit le plus de décès par inflammation pouvant aller jusqu'à la gangrène. Aussi, dans la carie vertébrale avec abcès par congestion, les effets sont-ils désastreux : 15 0/0 de mortalité, 48 0/0 d'insuccès. Bourbonne enregistre 88 0/0 de succès dans les ostéites non suppurées, subinflammatoires, dont les produits ont besoin d'être résorbés.

Dans la tumeur blanche de nature scrofuleuse, plus l'articulation est importante, plus les revers sont nombreux en général. La coxalgie non suppurée se chiffre par 19 0/0 de guérisons et 40 0/0 d'améliorations, alors que la tumeur blanche du genou, si elle est à 7 0/0 de guérisons, s'élève à 66 0/0 d'améliorations, et la tumeur blanche du cou-de-pied, de 27 0/0 de guérisons, passe à 67 0/0 d'améliorations (Barèges). A Bourbonne, les résultats dans les coxalgies sont supérieurs à ceux qu'on obtient dans les tumeurs blanches: en général, 58 0/0 d'améliorations et de guérisons, mais en revanche 4 0/0 d'aggravations sur Barèges. Pas un seul cas de guérison dans les coxalgies suppurées, 28 0/0 d'améliorations, 36 0/0 d'effets nuls et 36 0/0 d'aggravations. A Barèges, 2 guérisons sur 53 cas, 49 0/0 d'améliorations, 16 0/0 d'effets nuls, 16 0/0 d'aggravations, et la mortalité atteint le chiffre de 65 à 75 0/0.

Les lésions traumatiques sont aussi un des succès de Barèges, 73 à 76 0/0. Le bienfait des eaux se porte non seulement sur les complications de la plaie, ostéite ou nécrose, mais sur les raideurs, engorgements, atrophies locales, les 86 0/0 de guérisons et d'améliorations des fractures de la rotule le prouvent surabondamment. Ce rapport est à peu près le même pour Bourbonne, où est adressée, en dehors de la suppuration, toute autre complication de fracture; et de fait, les rapports de 92 0/0 d'améliorations

pour les fractures de cuisse, 24 à 35 0/0 de guérisons pour les fractures de jambes, et 84 0/0 d'améliorations, 83 0/0 et 66 0/0 de succès dans les fractures du bras et de l'avant-bras, légitimeraient cette préférence. Le succès égal des deux stations, c'est-à-dire des deux genres d'eaux minérales, s'explique du même fait, dans les entorses, les ankyloses incomplètes, les luxations, les arthrites traumatiques, les contusions, les paralysies traumatiques par contusion, tiraillement, compression d'un nerf, les plaies et blessures par armes à feu. Malgré la gravité plus grande de ces dernières, on compte cependant 66,76 0/0 à Barèges de résultats favorables dans les fractures de cette nature, toujours compliquée. Toute plaie pénétrante articulaire ne peut bénéficier du traitement thermal que lorsque les blessés sont déjà en voie de guérison; ce traitement réclame la plus grande prudence. SÉNAC-LAGRANGE.

I. — **Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, par J. BRONGNIART** (*Soc. d'hyd. de Paris, T. XXVIII*, 1883).

II. — **La pierre à Contrexéville, par DEBOUT** (*Soc. Hyd., T. XXIX*). — **Glycosurie arthritique, par BRONGNIART** (*Soc. Hyd., T. XXI*). — **Diabète et gravelle à Contrexéville, par DEBOUT** (*Soc. Hyd., T. XX.*) — **Réponse à M. Debout, par DURAND-FARDEL** (*Soc. Hyd., T. XXIX*).

En face des inconvénients d'une cure thermale dans les cas de pierre vésicale, nombre d'auteurs avaient posé le précepte que le diagnostic de la pierre devait être fait par l'exploration de la vessie. C'est aussi le sentiment de M. Brongniart. Et cependant dans la majorité des cas, en réveillant la contractilité de la vessie et en provoquant l'irritabilité du col vésical par le corps étranger, l'eau de Contrexéville décèle la présence du moindre calcul. Cette règle, dit M. Brongniart, est trop absolue, et il cite 22 observations, dans lesquelles l'ingestion de l'eau minérale de Contrexéville a été bien supportée, quoique les malades eussent une ou plusieurs pierres dans la vessie. Il a pu, du reste, se rendre compte des causes du phénomène, telles que atonie de la vessie, position de la pierre à la partie supérieure de l'organe, emploi de bougies de gomme destinées à dilater le canal en vue d'une exploration ou d'une expulsion possible de graviers et dont l'introduction calme le spasme et l'irritabilité du col vésical. Il est probable que l'intégrité de l'appareil rénal est la raison première de cette tolérance. Ce défaut d'intégrité, au contraire, joint à l'excitation fonctionnelle de l'eau minérale, fait que toute opération pratiquée sur l'organe après la cure devient dangereuse. L'auteur donne 8 observations où dans ces conditions, lithotritie et taille ont été suivies de mort, et arrive à poser les principes suivants : jamais le traitement hydro-minéral de Contrexéville ne devra être conseillé, quand il y aura présomption de calcul vésical. Les malades débarrassés de leur pierre, le traitement hydro-minéral est tout profit.

M. Debout donne des observations de calcul vésical révélé par la cure à Contrexéville, d'impunité de cette cure dans ce cas, d'opérations de lithotritie et de taille entreprises avec succès quelques jours après la cure thermale.

Dans un autre travail M. Debout analyse dans une série de 10 observations, les rapports qui peuvent exister entre le diabète et la goutte. De leurs rapports comme origine et manifestation, il arrive à la conclusion de Marchal de Calvi, à l'identité de la goutte et du diabète, subordonnés tous deux à la même unité morbide, la diathèse acide et passible du même résultat favorable par la cure de Contrexéville. En 1876, le Dr Brongniart avait indiqué avec des observations à l'appui, les mêmes relations, savoir, des rapports d'ascendance, de manifestations semblables (diabète et excrétion de gravelle urique) ou opposées comme acte (diabète et asthme, névralgies, eczéma, goutte articulaire, néphrite interstitielle).

M. Durand-Fardel s'attache à faire ressortir les analogies et les différences entre ces états constitutionnels, uricémie, diabète, obésité : communauté d'origine, introduction alimentaire, communauté de siège, — — milieu nutritif, — communauté de mécanisme, et de certaines indications thérapeutiques, — nutrition retardée et moyen d'y remédier en activant la combustion nutritive, le tout soumis à des influences héréditaires ou hygiéniques. Différence chimique des principes introduits et des principes excrétés, distinction de leur rôle vis-à-vis de nos tissus, leurs métamorphoses appartiennent à des départements absolument distincts. Les séparations physiologiques ne feraient-elles pas les séparations pathologiques? SÉNAC-LAGRANGE.

Action comparée des bains et douches dans l'impaludisme, par DEJEANNE (*Soc. d'hyd. de Paris, T. XXIX*).

Peu de documents existent sur ce sujet. Reichenbach, dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande* (1879), cite deux cas de réveil de la fièvre intermittente par les eaux de Louëche. L'auteur donne une observation inédite de Bordeu, et en relate trois personnelles dans lesquelles l'action du bain a constamment renouvelé la manifestation, qu'il s'agisse d'une fièvre intermittente simple, d'une fièvre larvée, d'une névralgie périodique. L'action fluxionnante des bains est évidente dans l'espèce. L'hydrothérapie froide, réussissant dans ce cas, accuse une action décongestionnante. Il est cependant des complications — maladies utérines, maladies de la peau — dans les intoxication palustres, qui peuvent réclamer l'usage des bains. On ne les donnera qu'après examen des viscères abdominaux et preuve de leur absence de congestion; autant que possible, il faudra alterner les bains et les douches, et toujours être en surveillance. SÉNAC-LAGRANGE.

I. — Du catarrhe nasal et de son traitement par l'irrigation continue aux eaux du Mont-Dore, par EMOND (*Soc. d'hyd. de Paris, T. XXIX*).

II. — Du coryza chronique envisagé au point de vue du traitement thermal, par TILLOT (*Ibid., T. XXIX*).

I.—Le catarrhe nasal chronique est de nature scrofuleuse ou arthritique, tous deux se différenciant objectivement. Dans le premier, la muqueuse nasale est rouge lie de vin, épaissie, plus ou moins ulcérée avec sécrétion

muco-purulente abondante ou concrétée ; la complication de pharyngite d'otite, etc., est fréquente. Dans la rhinite arthritique, la muqueuse est rouge érythémateuse, sèche, chagrinée par places, la sécrétion est liquide (rhinorrhée) ; suivent douze observations d'améliorations et de guérisons après une à trois saisons au Mont-Dore, des deux formes de catarrhes; le catarrhe arthritique y guérit cependant mieux que le catarrhe scrofuleux.

II.—M. Tillot revient et insiste sur les divisions du coryza, coryza unilatéral par corps étranger, par polypes, par pustules de la cloison, catarrhe bilatéral avec ses variétés, catarrhe névro-pharyngien forme sèche, forme humide-rhinorrhée, catarrhe névropathique, catarrhe oppressif. — Le coryza scrofuleux affecte la partie antérieure des fosses nasales. Ses lésions graves sont les ulcérations de la muqueuse et l'ostéite des os du nez. Il s'accompagne d'ozène, ozène *cum materia*, c'est-à-dire accompagné ou non d'ulcères, mais toujours d'une abondante sécrétion de mucosités, ozène *sine materia*, c'est-à-dire sans catarrhe. L'adénite sous-maxillaire et parotidienne est de règle. Le coryza arthritique est surtout postérieur, naso-pharyngien ; la sécrétion en est albumineuse, glaireuse, sanguinolente ; la pituitaire est souvent épaissie. Le coryza syphilitique agit le plus souvent et primitivement sur les os du nez.

Comme traitement, et après avoir dit un mot de l'appareil à irrigation de Weber, de la direction horizontale du jet irrigateur, de la température modérée de l'eau, de la durée de la douche (de 5 à 10 minutes aux eaux thermales), l'auteur parle de son procédé qui repose sur l'association, dans la même journée, de la douche nasale avec la pulvérisation, celle-ci employée pour les croûtes dures et épaisses que ne détache pas la douche nasale. En outre de l'action détersive, la pulvérisation fait pénétrer l'eau minérale partout et plus profondément dans les tissus. Aussi M. Tillot a-t-il pu relater des guérisons de malades, traités sans succès dans d'autre stations.

Le coryza unilatéral n'est pas seulement restreint à la présence d'un corps étranger, il peut être aussi produit par la syphilis (Royer).

Il est une variété de coryza unilatéral, le coryza migraineux, remarquable par sa résistance à la thérapeutique (Caulet).

Sénac-Lagrange a observé deux variétés de coryza unilatéral, l'un avec catarrhe aqueux intermittent, l'autre avec catarrhe continu.

Japhet cite un cas de coryza intense et périodique survenant au printemps et rappelant le *catarrhe de foin*.

Il est des coryzas postérieurs à répétition et sécrétion intermittente s'accompagnant d'un état dyspeptique (Constantin Paul).

Il est une variété de rhinite, la rhinite ulcéreuse, aboutissant à la perforation du cartilage de la sous-cloison. La misère physiologique en est la principale condition. L'état objectif des parties malades dans la rhinite est parfois mixte, participant de la lympho-scrofule et de l'arthritisme. L'action minérale est une action topique dans la rhinite scrofuleuse ; dans la rhinite arthritique, elle aboutit surtout à modifier la sensibilité de la muqueuse (Sénac-Lagrange).

Delavarenne a observé des cas de rhinite chez des arthritiques ayant eu de l'eczéma.

L'irrigation nasale est mal supportée dans les coryzas à répétition, à

mode subaigu (sécrétion séro-muqueuse), alors que le catarrhe récidivant paraît une manifestation incomplète de l'asthme (Caulet).

Durand-Fardel a obtenu, sur des coryzas à répétition, les plus difficiles à guérir, de bons résultats par des inhalations de gaz carbonique. Le jet de la douche nasale, quand il n'est pas dirigé horizontalement, produit de la céphalalgie (Tillot). Ce même jet, quand sa force n'est pas mesurée, occasionne des éblouissements, des syncopes (Cazaux), il a été même l'occasion d'une otite suppurée (Danjoy). SÉNAC-LAGRANGE.

I. — Emploi de la cocaïne pour anesthésier l'œil, par Karl KOLLER (*Soc. de méd. de Vienne, 17 octobre 1884, Wiener med. Woch., n° 43, 1884, traduction du mémoire in Progrès méd., 29 novembre 1884*).

II. — Sur l'action anesthésiante du chlorhydrate de cocaïne, par VULPIAN (*Acad. des sciences, 17 et 24 novembre 1884*).

III. — Note préliminaire sur l'action physiologique de la cocaïne et de ses sels, par V. LABORDE (*Bull. Soc. de biologie, 22 novembre 1884*).

IV. — Sur l'action anesthésiante de la cocaïne, par J. GRASSET (*Acad. des Sciences, 1er décembre 1884*).

V. — Contribution à l'étude de l'action physiologique du chlorhydrate de cocaïne, par Louis VACHER (*Gaz. hebdomad., 28 novembre 1884*).

VI. — De la cocaïne, par FREUD (*Cent. f. klin. Med., 1er novembre 1884*).

VII. — The effect of cocaïne upon the eye, par Lucien HOWE (*Lancet, 22 novembre 1884*).

I. — La propriété que possède la cocaïne de produire une anesthésie locale des muqueuses avec lesquelles elle vient en contact est connue ; depuis vingt ans et plus (1862), M. Koller a fait, sur des animaux d'abord, puis sur l'homme, des expériences dans le but de s'enquérir si la cocaïne exerçait cette même action anesthésiante sur l'œil. Il est arrivé à un résultat positif. Voici ce qui se produit quand on instille dans le cul-de-sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 0/0 ou quand on laisse couler le liquide sur la cornée. D'abord sensation de brûlure avec sécrétion plus abondante de larmes ; au bout de trente secondes environ, sécheresse de la cornée et de la conjonctive. Anesthésie et analgésie complètes de ces deux membranes. Fixité de l'œil, avec élargissement de la fente palpébrale. L'anesthésie et l'analgésie durent de 7 à 20 minutes. Entre cette phase d'anesthésie complète et le moment du retour à l'état normal, on note une phase intermédiaire, durant laquelle la sensibilité de la cornée et de la conjonctive est simplement amoindrie ; environ 15 à 20 minutes après l'instillation, la pupille commence à se dilater. Cette mydriase atteint son apogée au bout de la première heure, elle diminue ensuite et il n'en reste plus de trace au bout de la troisième heure. Elle ne va jamais jusqu'à l'effacement complet du diaphragme irien. Enfin la pupille continue de réagir contre les impressions lumineuses. Cette mydriase s'accompagne d'une légère parésie de l'accommodation.

Quand l'action anesthésiante d'une première instillation de cocaïne s'est dissipée, une seconde instillation, puis une troisième produiront une anesthésie plus prolongée, dont la durée peut atteindre jusqu'à 15 et

20 minutes. En outre, M. Koller a constaté que la cocaïne pénètre par voie d'absorption dans les parties profondes de l'œil en commençant par la chambre antérieure, et il ne doute pas qu'en instillant dans l'œil une quantité suffisante de cocaïne, on ne réusisse à obtenir au bout d'un certain temps une anesthésie s'étendant jusqu'à la rétine.

L'auteur a tenté l'application de ces propriétés anesthésiantes et analgésiantes de la cocaïne au traitement des maladies des yeux. Ces expériences cliniques ont été faites à l'Hôpital général de Vienne. Elles ont porté sur des malades atteints d'affection de la cornée et de la conjonctive avec douleurs et photophobie, de conjonctivite strumeuse avec éruptions et ulcérations de la cornée (instillation d'une solution à 2 0/0). Il en est résulté une cessation passagère de la douleur et une diminution de la photophobie, pendant deux ou trois heures seulement, sans influence aucune sur l'affection oculaire. Ce même résultat palliatif a été obtenu dans un cas d'érosion du limbe.

M. Koller s'est servi ensuite des instillations de cocaïne pour prévenir la douleur que développent les cautérisations de la conjonctive avec le nitrate d'argent. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants : absence ou atténuation de la douleur; une seule malade s'est plainte que la douleur, pour avoir été atténuée, n'en a duré que plus longtemps. On peut d'ailleurs faire une seconde instillation de cocaïne quelque temps après la cautérisation, lorsque la douleur se réveille. Quant à prévenir, à l'aide des instillations de cocaïne les douleurs que développent les cautérisations au sulfate de cuivre, l'auteur a fait, à cet égard, des essais qui n'ont abouti qu'à des résultats contradictoires.

La cocaïne a été utilisée ensuite comme anesthésique local dans des opérations faites sur les yeux; ainsi, pour l'extraction des corps étrangers, dans une trentaine de cas, pour le tatouage, dans un cas de cicatrice de la cornée; pour l'opération du pterygion. Les résultats ont été excellents, au dire de M. Koller. Il en sera de même, espère l'auteur, dans les cas où la cocaïne sera employée pour rendre indolores les cautérisations de la cornée, avec le fer rouge, l'excision de la cornée, l'opération de la cataracte. Il ajoute que M. von Reuss a pu pratiquer deux fois l'opération du staphylome sans le secours du chloroforme, grâce aux instillations de cocaïne; celles-ci ont été employées également dans un certain nombre d'iridectomies et d'opérations de la cataracte suivant le procédé de von Graefe. Les résultats obtenus paraissent très concluants; l'auteur affirme qu'on réussit à insensibiliser les parties atteintes par l'instrument tranchant, lorsqu'on procède de la façon suivante : pendant une demi-heure au moins avant l'opération, on instille dans l'œil, de 5 en 5 minutes, deux gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0. Le malade est couché dans le décubitus dorsal; avec un doigt on lui relève la paupière supérieure et on lui commande de diriger le regard vers ses pieds. A ce moment on laisse tomber deux gouttes de la solution sur la sclérotique, au-dessus de la cornée. E. RICKLIN.

II. — En instillant deux ou trois gouttes d'une solution aqueuse au centième de chlorhydrate de cocaïne entre les paupières chez un chien, on produit, comme chez l'homme, une anesthésie bornée à la cornée et à la conjonctive. La membrane nictitante participe à cette insensibilité.

On observe aussi un certain degré de mydriase. L'anesthésie est très passagère.

Si on injecte 10 centigrammes de sel de cocaïne en solution aqueuse dans une veine sur un chien non curarisé, on voit les globes oculaires subir une propulsion, devenir plus saillants; les paupières s'écartent, les pupilles s'agrandissent, les cornées sont insensibles. L'animal se met à remuer vivement la tête; il est dans l'impossibilité de marcher; il agite ses membres, remue la queue. Ces troubles moteurs semblent résulter d'une sorte d'ivresse. La sensibilité des membres est diminuée. Au bout de dix minutes tout disparaît.

Les sécrétions ne subissent aucune modification, sauf celle de la salive sous-maxillaire qui est devenue beaucoup plus abondante.

Chez les grenouilles, les effets sont encore plus rapides. On peut anesthésier les doigts d'un membre en les faisant tremper une ou deux fois dans la solution de cocaïne.

L'action de la cocaïne, absorbée sous la peau, sur le cœur est à peu près nulle; mais quelques gouttes de la solution au centième, mises directement en contact avec cet organe, ralentissent manifestement ses mouvements.

Dans une seconde note, Vulpian indique que l'introduction de la cocaïne dans le torrent circulatoire amène d'abord un abaissement, puis une élévation de la pression sanguine intra-artérielle. Cet abaissement est dû probablement à une influence affaiblissante exercée sur le cœur et l'élévation, à l'action vaso-constrictive de la cocaïne.

Sur les invertébrés, la cocaïne ne paraît pas avoir d'action anesthésiante bien marquée.

Cette anesthésie avec la cocaïne permet de donner la démonstration très nette de l'origine réflexe des mouvements chez la grenouille après la section de la moelle ou l'ablation des lobes cérébraux.

III. — L'auteur rappelle, dans cette note, divers essais faits à son laboratoire depuis deux ans avec les alcaloïdes de la coca. M. Duquesnel avait retiré de cette plante trois principes :

1° Cocaïne proprement dite, alcaloïde cristallisant en aiguilles blanches, à réaction alcaline ;

2° Cocaïne neutre ;

3° Cocaïne liquide, produit sirupeux, à réaction alcaline très énergique.

M. Laborde a fait de nouvelles expériences avec le sulfate de cocaïne. Une injection de 1 centigramme sous la peau d'un cobaye amène une hyperexcitabilité générale, caractérisée par une agitation incessante, des mouvements continus, comme irrésistibles; une seconde injection accroît au maximum cette excitabilité. En même temps l'analgésie devient générale sur tout le tégument. Quelques minutes plus tard, surviennent des accès convulsifs, d'aspect épileptiforme. Si la dose n'est pas suffisante pour entraîner la mort, on voit cette agitation cesser peu à peu et l'analgésie cutanée persiste seule pour disparaître au bout de quarante-huit heures.

Chez le lapin, chez le chien, on produit les mêmes effets avec des doses proportionnées au poids de l'animal. Avec 6 à 8 centigrammes sur un chien de 8 à 9 kilogrammes, soit en injection hypodermique, soit en

injection intraveineuse, on détermine une espèce de mouvement perpétuel, accompagné de la même analgésie cutanée et muqueuse, mais peu marquée à la conjonctive oculaire, quoiqu'il y ait de la mydriase.

D'après Laborde, d'autres substances, un produit retiré du boldo, un alcaloïde du gelsemium, donneraient les mêmes effets anesthésiants sur la muqueuse oculaire.

IV. — Dans cette note préliminaire, l'auteur relate trois expériences où l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne a amené une anesthésie suffisante (chez des chiens) pour sectionner la peau, les parties sous jacentes sans aucune manifestation douloureuse.

Chez une guenon, une injection de 1 centigramme sous la peau du ventre a amené une anesthésie cutanée générale. On pouvait la piquer au ventre, au nez, à la face, partout et même assez profondément sans provoquer de douleur. La cornée, la conjonctive étaient insensibles ; le clignotement palpébral persistait.

V. —L'auteur s'est servi de solutions à divers titres 1/10e, 1/20e, 1/60e, 1/100e en instillations et en injections hypodermiques. L'action de la cocaïne lui paraît absolument subordonnée à la quantité absorbée et à la manière dont on l'emploie. Plus la solution est faible, plus les instillations doivent être nombreuses et rapprochées. La solution au 1/20e lui paraît suffire dans tous les cas.

Rien de particulier à noter dans les instillations. Les expériences avec des injections hypodermiques (2 gouttes d'une solution au 1/10e ou au 1/20e) ont donné les résultats suivants : une injection sur le trajet du nasal externe, avec une instillation dans le globe, a amené une anesthésie suffisante pour faire l'iridectomie sans douleur.

Pour une opération d'entropion des paupières supérieures, l'auteur fait à droite, dans la paupière, une injection de deux gouttes, suivie d'un œdème passager ; à gauche une injection de deux gouttes dans la région sourcilière. Douleur dans les deux cas, plus forte à droite qu'à gauche.

Les instillations au 1/20e combinées avec les injections au 1/10e ou au 1/20e paraissent donner le maximum d'anesthésie.

VI. — L'auteur a essayé les effets de la cocaïne prise par ingestion stomacale à la dose de 5 centigrammes. Il a ressenti des effets stimulants, une sur activité des fonctions physiques et intellectuelles. Il conseille cet agent contre l'asthme, le morphinisme, les états cachectiques, toutes les fois qu'il y a besoin de stimuler, de fouetter l'organisme. Il relate les effets d'anesthésie locale que l'on obtient sur l'œil.

VII. — L'auteur a fait sur des lapins une série d'expériences qui peuvent se résumer ainsi.

L'effet d'un agent irritant sur le degré de pression sanguine est toujours moins prononcé dans l'œil imprégné de cocaïne que dans l'œil sain.

Cette influence varie :

1° Avec les doses employées, deux gouttes d'une solution à 2 0/0 amènent une modification pupillaire, mais il faut au moins quatre gouttes pour avoir un effet léger sur la sensibilité. Une solution à 4 ou 5 0/0 ne donne pas, après un certain laps de temps, à la 15e minute, par exemple, une anesthésie beaucoup plus prononcée qu'une solution à 2 0/0;

2° Avec le moment. L'effet maximum s'observe à la 15e minute. Lors-

que la dose est suffisante pour amener une anesthésie très marquée, l'anesthésie précède la mydriase qui persiste plusieurs heures après le retour de la sensibilité;

3° Suivant les parties de l'œil irritées. L'anesthésie s'observe d'abord dans la conjonctive et la cornée, puis dans l'iris. L'iris est insensibilisé par le passage de la cocaïne dans la chambre antérieure, comme on peut s'en assurer en retirant un peu d'humeur aqueuse et l'instillant dans l'autre œil. L'injection directe dans la chambre antérieure n'amène pas une anesthésie plus rapide que l'instillation ordinaire.

L'auteur indique ensuite les diverses modifications de la pupille, de la conjonctive, etc. D'après lui la cocaïne injectée dans le torrent circulatoire amène un abaissement immédiat de la pression sanguine, l'animal meurt par paralysie cardiaque. A. CARTAZ.

I. — **A new local anæsthetic, par C.-R. AGNEW** (*New York Acad. of med.*, 16 *octobre* 1884 *et Med. News*, p. 559, 15 *novembre* 1884).

II. — **L'anesthésie locale de l'œil par la cocaïne, par E. MEYER et DOR** (*Rev. gén. d'ophtalmologie*, 31 *octobre* 1884).

III. — **Sur l'anesthésie de l'œil obtenue avec la cocaïne, par PANAS** (*Bull. Acad. de méd.*, *novembre* 1884).

IV. — **Rapid cocainization, par Henry-W. BRADFORD** (*Boston med. and surg. journ.*, 6 *novembre* 1884).

V. — **Ocular anæsthesia produced by cocaine, par Charles-H. WILLIAMS** (*Ibid.*, 6 *novembre* 1884).

VI. — **Use of hydrochlorate of cocaine as a local anæsthetic in ophthalmic surgery, par W.-S. LITTLE** (*Med. News*, 8 *novembre* 1884).

VII. — **A clinical report on some uses of muriate of cocaine in ophthalmic practice, par E. O. SHAKESPEARE** (*Ibid.*, 8 *novembre* 1884).

VIII. — **Action du chlorhydrate de cocaïne sur l'œil, par A. TROUSSEAU** (*Union méd.*, 13 *novembre* 1884).

IX. — **De la cocaïne, par GRANDCLÉMENT** (*Lyon méd.*, *p.* 362, 16 *novembre* 1884).

X. — **Sur les effets du chlorhydrate de cocaïne, par F. TERRIER** (*Bull. Soc. de chir.*, 19 *novembre* 1884).

XI. — **The hydroch. of cocaïne as an anœsthetic, par C.-F. CLARK** (*Med. news*, 22 *novembre* 1884).

XII. — **The action of hydroc. of cocaine, par Gustavus HARTRIDGE** (*Med. Times*, 22 *novembre* 1884).

XIII. — **Brief notes of painless eye surgery by the use of cocaine, par C. BADER** (*Lancet*, 22 *novembre* 1884).

XIV. — **De l'emploi du chlorh. de cocaïne comme moyen antiphotophobique dans certaines affections oculaires, par H. COURSSERANT** (*Gaz. des hôp.*, 6 *décembre* 1884).

XV. — **De l'action locale de la cocaïne, par J. KATZAOUROFF** (*Vratch*, *n°* 43, 1884).

XVI. — Note on the value of hyd. of cocaine, par CRAWFORD RENTON (*Lancet*, 6 *décembre* 1884).

I. — L'auteur a vérifié de tous points les résultats communiqués par Koller au congrès d'Heidelberg. Il a employé une solution aqueuse de 2 0/0, et avec une goutte il obtenait l'insensibilité de la conjonctive scléroticale en 3 ou 4 minutes. Pour les opérations, il mettait 3 gouttes, 15 minutes avant. Il a pu faire ainsi, sur un œil complètement anesthésié, une opération de cataracte.

Burchard a pu ouvrir un panaris après avoir fait baigner le doigt dans une solution de cocaïne.

Agnew ajoute que la cocaïne mise dans l'œil amène de la mydriase.

Il recommande, avant d'instiller la cocaïne, de laver l'œil avec une solution d'acide borique au 1/26e, et de faire alors les instillations coup sur coup à intervalles très courts.

II. — L'application du médicament, quelles que soient la force de la solution et la quantité employée, ne produit ni douleur ni irritation. L'acuité visuelle, la réfraction ne subissent pas d'atteinte; la mydriase est de courte durée. La conjonctive pâlit et la tension du globe oculaire paraît diminuée.

L'anesthésie s'obtient également sur la conjonctive saine et sur la conjonctive enflammée. Aussi pour toutes les opérations portant sur cette muqueuse et sur la cornée, la cocaïne est-elle très efficace. L'effet sur l'iris est moins prononcé; mais il suffit pour l'obtenir, d'après Meyer, d'instiller à nouveau la cocaïne, une fois la section faite de la cornée.

Dor a fait, avec la cocaïne, trois iridectomies. La préhension et la section de l'iris ont été douloureuses. Il n'avait pas pris la précaution indiquée par son collaborateur.

La cocaïne rendra le service de pouvoir combattre efficacement la mydriase persistante. Dor a préconisé contre cette affection, après l'échec de l'ésérine, de l'iodure, des courants continus, l'application directe sur le centre de la cornée du courant d'induction. Ce procédé, presque inapplicable en raison des douleurs, deviendra possible.

Dor signale que la mydriase, après l'instillation de cocaïne, persiste plus qu'on ne l'a dit. Il l'a vue durer 22 heures.

III. — Panas s'est servi de la solution à 5 0/0.

La cocaïne doit être placée parmi les substances légèrement mydriatiques, dont l'action fugace pourra être utilisée pour l'exploration ophtalmoscopique du fond de l'œil, au même titre que l'homatropine.

L'iridectomie est toujours douloureuse malgré l'emploi de cet agent. Lorsque l'œil est enflammé, il se montre plus ou moins réfractaire à l'action anesthésiante.

IV. — Voici qu'elle est la marche de l'anesthésie d'après les expériences que l'auteur a faites sur lui-même avec une solution de 8 0/0.

1re instillation d'une goutte; à la fin de la 1re minute, anesthésie marquée de la cornée. 2e instillation d'une goutte; à la fin de la 2e minute, anesthésie complète de la cornée, et à la fin de la 4e minute, anesthésie de la conjonctive. A la fin de la 7e minute, légère diminution de l'anesthésie cornéenne; à la fin de la 11e minute, l'anesthésie a presque disparu. Disparition totale, à la 15e minute; début de la mydriase.

Relation de 11 cas d'opérations sur les yeux après anesthésie par ce moyen : iridectomie, opération de cataracte, extraction de corps étrangers, etc., toutes opérations ayant pu se faire à la 4e ou 5e minute après l'instillation.

V. — Confirmation des résultats obtenus. Cite 2 opérations de cataracte et d'autres opérations oculaires.

VI. — L. signale les avantages de la cocaïne comme anesthésique pour les opérations de cataracte, on est assuré de n'avoir pas de vomissements comme avec le chloroforme ou l'éther, complication redoutable après l'ablation du cristallin. Cette anesthésie supprime tous les inconvénients et les dangers résultant de l'application du blépharostat.

VII. — Expériences faites par Sh. sur lui-même, sur ses assistants et sur divers malades confirmant l'exactitude des faits énoncés. Il a pu faire, grâce à l'anesthésie locale produite par cet agent, des cautérisations de conjonctivites granuleuses, des opérations de cataracte. Solution à 2 0/0. 14 observations.

VIII. — L'auteur a été un des premiers à faire connaître en France l'action de la cocaïne. Il a constaté les effets anesthésiques annoncés par Koller dans sa communication. Mais il n'a pas vu de fixité complète du regard, ni l'ouverture de la fente palpébrale décrites par cet auteur. La teinte de la conjonctive n'a pas été changée.

La mydriase lui a paru plus rapide chez les enfants que chez les adultes et surtout que chez les vieillards, plus rapide aussi dans les yeux sains que dans les yeux enflammés.

On n'observe, au moment de cette dilatation, aucune modification dans le calibre des vaisseaux rétiniens.

La cocaïne ne prévient pas la sensation douloureuse qui accompagne les cautérisations aux sels de cuivre ou d'argent. L'auteur cite cependant le fait d'un homme à qui il a pu enlever un chalazion de la paupière inférieure, sans que le patient ressentît la moindre douleur.

IX. — G. a observé sur ses malades les effets ordinaires.

Diday propose d'appliquer la cocaïne à la thérapeutique des maladies vénériennes.

Poncet, Pollosson, Gayet ont opéré des cataractes avec une insensibilité complète de la conjonctive et de la cornée.

X. — Terrier a employé la solution à 5 0/0. Quatre gouttes ont donné une anesthésie suffisante pour permettre l'abrasion de la cornée sans aucune douleur. L'anesthésie a disparu au bout de dix-sept minutes ; mais la mydriase a persisté deux jours. Il est bon de dire que la pupille était déjà un peu dilatée par l'atropine.

Dans une opération de cataracte, l'iridectomie a été douloureuse.

XI. — Rien de particulier ; relation de quelques opérations.

XII. — Hartridge a employé la solution à 4 0/0 avec succès pour 5 cas de corps étrangers de la cornée, 10 cas d'ulcères cornéens, 2 cas d'abrasion de la cornée, une cataracte, etc. Il regarde son effet comme nul dans les cas de glaucome ou d'opérations comprenant le tissu cutané.

XIII. — Onze observations de diverses opérations oculaires subies sans douleur avec la cocaïne.

XIV. — D'après les observations de l'auteur, la cocaïne, en anesthé—

siant la cornée, amende considérablement la photophobie et le blépharospasme et quelquefois les supprime complètement ; quatre ou cinq instillations d'une solution à 5 0/0 suffisent en général. Cet effet est très marqué dans les kératites ulcéreuses, les rétinites photophobiques, etc.

A. CARTAZ.

XV. — L'auteur emploie une pommade de vaseline à 5 0/0 de cocaïne pure. Il introduit à plusieurs reprises des parcelles de cette pommade dans le sac conjonctival. Il trouve une anesthésie très marquée de la cornée et de la conjonctive, accompagnée de dilatation passagère de la pupille, mais sans paralysie de l'accommodation. La même pommade à la cocaïne fut employée avec un succès complet dans trois opérations : extraction d'un éclat de fer entré dans la cornée, discision de la cataracte dans les deux yeux et énucléation d'un œil. Dans les deux premiers cas, les malades ne ressentirent aucune douleur et ne perçurent même pas l'attouchement des instruments ; dans le troisième, une douleur vive ne fut ressentie que pendant la luxation du globe oculaire et à la section du nerf optique. L'auteur pense que la cocaïne pourrait servir pour le diagnostic des maladies oculaires. Ne produisant qu'une dilatation passagère de la pupille et sans paralysie de l'accommodation, elle serait même préférable à l'atropine comme moyen diagnostique. W. HOLSTEIN.

XVI. — Courte note où l'auteur dit qu'il préfère aux solutions les disques au 1/200e, formule de Nettleship. Il a ajouté à la solution de l'acide borique, de la glycérine. Il lui a paru que les instillations avec la solution glycérinée étaient moins efficaces que la solution simple.

A. CARTAZ.

I. — Die Wirkung des Cocainum muriaticum auf das Auge, par HORSTMANN (*Deuts. med. Woch.*, *n*° 51, 1884).

II. — Du chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie oculaire, par GAYET (*Lyon méd.*, 30 *novembre* 1884).

III. — Ueber Anwendung des Cocains als Anästheticum und Analgetikum au der Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes (Emploi de la cocaïne sur la muqueuse du pharynx et du larynx), par E. JELINCK (*Wiener med. Woch.*, *n*° 44, 1884).

IV. — Erythroxylon coca in the throat, par J.-Solis COHEN (*Med. news*, 15 *novembre* 1884).

V. — Cocaine as a local anæsthetic in intra-laryngeal operations, par Felix SEMON (*Lancet*, 22 *novembre* 1884).

VI. — The new anæsthetic, cucain, par PROSSER JAMES (*Ibid.*, *p.* 936, 1884).

VII. — De l'anesthésie produite par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne, par Ch. FAUVEL (*Gaz. des hôp.*, 20 *novembre* 1884).

VIII. — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique de la muqueuse du pharynx, du larynx, du nez, par E.-J. MOURE et J. BARATOUX (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *décembre* 1884).

IX. — Hyd. of cocaine, experiments and applications, par KNAPP (*Med. Record New-York*, 25 *octobre* 1884).

X. — The new local anæsthetic, par John ROOSA (*Ibid.*, 25 *octobre* 1884).

XI. — More clinical facts regarding the hyd. of cocaine, par Herbert CLAIBORNE (*New York med. journ.*, 1er *novembre* 1884).

XII. — Ueber Cocain als Mittel zur Anästhesirung der genital Schleimhaut (La cocaïne sur la muqueuse des organes génitaux), par E. FRAENKEL (*Cent. f. Gynækol.*, n° 49, 1884).

XIII. — Cocaïne, par George MIVART (*British med. journ.*, 6 *décembre* 1884).

XIV. — Local anæsthesia by the hyd. of cocaine, par R.-J. LEVIS (*Med. news*, 8 *novembre* 1884).

XV. — Hydrochlorate of cocaine in minor surgery, par V.-H. CARMALT (*Ibid.*, *p.* 585, 22 *novembre* 1884).

I. — Dans une communication à la Société de médecine interne de Berlin, M. Horstmann a commencé par faire une énumération très complète des travaux parus jusqu'à ce jour et qui ont trait à l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de cocaïne sur l'œil. Il a parlé ensuite de ses propres recherches cliniques et des résultats satisfaisants qu'il a obtenus à la suite d'instillations d'une solution à 2 0/0 dans le cul-de-sac conjonctival.

Jusqu'ici on n'a pas signalé que l'emploi de la cocaïne ait eu des conséquences fâcheuses pour l'appareil de la vision.

A propos de la communication de M. Horstmann, M. Zuntz a rappelé que, d'après les recherches de von Anrep, la cocaïne est un toxique violent. M. Zuntz a constaté qu'une dose de 2 à 4 centigrammes de cocaïne est suffisante pour tuer un lapin, lorsque le poison est directement injecté dans les vaisseaux. Quand on administre la cocaïne par les voies ordinaires, la dose mortelle est de 5 centigrammes.

M. Ewald a pu administrer impunément à des malades des doses de 5 et 7 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

M. Blumenthal, à la suite d'une injection de 1 décigramme de chlorhydrate de cocaïne, a vu survenir des manifestations toxiques qui se sont dissipées au bout de dix minutes sans laisser de traces.

M. Lublinski et M. Heymann ont vanté les bons résultats qu'ils ont retirés de l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies des fosses nasales, du pharynx et du larynx.

D'après M. Heymann, les applications topiques de chlorhydrate de cocaïne sur l'arrière-gorge auraient pour effet désagréable de provoquer des mouvements de déglutition répétés. E. RICKLIN.

II. — Gayet a fait dix opérations de cataracte. Les malades ne percevaient aucune douleur pour la fixation de la pince ou de l'écarteur, ou pour la section cornéenne, mais l'iridectomie a toujours été très douloureuse. Une péridectomie, un tatouage de la cornée chez une enfant ont pu être pratiqués sans aucune sensation désagréable. Mais il n'a pas vu la sensibilité éteinte pour les cautérisations au sulfate de cuivre.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, *Pollosson* dit qu'il a essayé d'anesthésier avec la cocaïne la muqueuse buccale et la muqueuse préputiale, mais sans aucun résultat.

Garel a obtenu une diminution des réflexes par une pulvérisation diri-

gée sur le voile du palais. Chez un malade porteur de papillomes laryngés, il a pu, du premier coup, introduire la pince et extraire des parcelles de la tumeur. Il s'était servi d'une solution à 10 0/0 et dans les séances suivantes, à 5 0/0.

Martin, en usant de la solution à 20 0/0 appliquée sur la gencive, a pu faire l'ablation de molaires avec une douleur très supportable. La muqueuse des gencives lui paraît moins sensible à l'action du médicament que celle du voile du palais.

III. — L'auteur rappelle que pour obtenir l'anesthésie et l'analgésie locale de la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx, on a coutume de recourir aux badigeonnages de morphine, combinés ou non avec des badigeonnages préalables de chloroforme destinés à favoriser l'absorption de la morphine en hypérémiant la surface d'application. A cette pratique, qui offre des inconvénients, il a eu l'idée de substituer les applications de cocaïne. Cette dernière substance développant une anesthésie locale et passagère sur les muqueuses avec lesquelles elle vient en contact. A la suite d'une pulvérisation ou d'un badigeonnage avec une solution concentrée, la durée de l'anesthésie est de une minute à une minute et demie. Lorsque la cocaïne est appliquée sur la muqueuse linguale il en résulte une abolition passagère de la sensibilité gustative.

Pour les besoins de la laryngoscopie, M. Jelinck emploie des solutions concentrées de cocaïne au 1/10e et au 1/20e (chlorhydrate de cocaïne 1 partie; eau distillée, 3 ou 8 parties; alcool de vin rectifié, 2 parties). La solution est appliquée sur la muqueuse du pharynx à l'aide d'un pinceau de charpie, sur la muqueuse du larynx avec un pinceau de poils, mou et assez gros. Quand l'anesthésie est simplement destinée à rendre facile l'exploration du pharynx et du larynx, il suffit de toucher avec la solution les deux faces du voile du palais, la paroi postérieure du pharynx et la base de la langue; au besoin on fera un second badigeonnage au bout de 1 minute ou 1 minute 1/2. Il faut éviter de procéder avec brusquerie, de peur de provoquer un flux salivaire abondant, ce qui aurait pour conséquence de diluer outre mesure la solution analgésiante.

Quand l'anesthésie locale est recherchée en vue d'une opération à pratiquer sur le larynx, l'auteur recommande de toucher avec la solution les muqueuses pharyngée et laryngée dans toute leur étendue; car si la sensibilité restait intacte en un point quelconque de ces cavités naturelles, cela suffirait pour occasionner ensuite des contractions réflexes fort gênantes. Une à deux minutes après le badigeonnage, on éprouve la réflectivité des parties touchées en introduisant une sonde dans le larynx. Si l'anesthésie locale n'atteint pas un degré suffisant, on procède à un nouveau badigeonnage. On est certain alors d'obtenir une anesthésie d'une durée de cinq à dix minutes, ce qui est bien suffisant pour les petites opérations laryngées. Quand une anesthésie plus prolongée est désirable, on répète le badigeonnage et on obtient de la sorte une nouvelle période d'anesthésie de cinq minutes de durée.

L'auteur a fait part à ses collègues de la Société des médecins de Vienne des opérations laryngées qu'il a pratiquées avec le secours de la cocaïne. Les résultats, à son dire, ont été des plus brillants. Il a, d'autre part, fait des propriétés analgésiantes de la cocaïne une application très heureuse au traitement symptomatique de la périchondrite tuberculeuse

du larynx ; en badigeonnant la muqueuse du pharynx et du larynx, avec une solution de cocaïne, une seconde ou une minute avant chaque repas, il a pu, chez ces malades, faire tolérer l'ingestion des aliments de toute espèce. De même encore il a constaté que dans la laryngite aiguë, les douleurs se dissipent une minute à une minute et demie après un badigeonnage de cocaïne. Cette dernière diminue également la tuméfaction locale, preuve qu'elle restreint l'activité sécrétoire de la muqueuse, au lieu d'application.

En terminant l'auteur a insisté sur ce que les applications de cocaïne n'entraînent aucune conséquence fâcheuse pour la santé des malades ; le seul inconvénient qu'offre l'emploi de la cocaïne, réside dans le prix élevé de cette substance.

Dans la discussion qui a suivi, le professeur von Schroetter s'est exprimé de la façon la plus élogieuse sur les résultats obtenus dans son service, avec la cocaïne. Il a cité, entre autres, le fait d'un malade atteint d'une angine violente extrêmement douloureuse ; à la suite d'un badigeonnage de cocaïne, la douleur se dissipa pour quelque temps, et elle n'atteignit plus, en revenant, son intensité première.

M. Stork s'est servi des applications locales de cocaïne chez un malade qu'il a opéré d'un polype implanté sur l'une des cordes vocales. Il a bien obtenu une diminution de la sensibilité laryngée ; néanmoins le contact de l'instrument tranchant avec la muqueuse du larynx a développé des contractions réflexes des muscles de ce conduit. RICKLIN.

IV. — L'auteur emploie depuis longtemps l'extrait fluide de coca pour atténuer la sensibilité du pharynx ou du larynx ; mais il n'a jamais vu d'anesthésie complète. Les essais qu'il a faits de la cocaïne lui ont donné les résultats suivants :

En touchant avec la solution un point limité du pharynx, le malade ne sent plus, sur ce point, le contact d'une sonde.

Dans un cas où les réflexes palato-pharyngés étaient intenses, l'application locale de la solution de cocaïne a permis la tolérance immédiate du miroir laryngoscopique.

Les applications intra-laryngées ont été moins efficaces ; une malade avait encore du spasme glottique dès qu'on introduisait un instrument. Le larynx avait été badigeonné à deux reprises avec une solution à 4 0/0. De même chez un homme déjà habitué cependant aux attouchements laryngés.

V. — L'auteur a pu opérer sans difficulté une femme porteur d'énormes papillomes laryngiens. Chaque fois qu'il faisait une tentative, il y avait des signes alarmants de suffocation. Il badigeonna une seule fois l'intérieur du larynx avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 0/0 ; après cinq minutes, il put introduire la pince à quatre reprises et enlever chaque fois de grosses masses papillomateuses. La malade n'éprouva ni douleur ni suffocation. La cocaïne lui causa, dit-elle, une sensation de constriction suivie d'un peu de brûlure.

VI. — Prosser James, dans une courte lettre, dit qu'il a eu plusieurs fois recours à la cocaïne avec succès pour les manœuvres intralaryngées nécessitées par une tumeur. Il l'appelle cucaïne, pour rappeler la prononciation indigène.

VII. — L'auteur rappelle qu'il emploie depuis longtemps, comme tous

les laryngologistes, les solutions de coca pour diminuer l'excitabilité réflexe de la muqueuse du pharynx. Depuis la note de Koller, il emploie la cocaïne (5 0/0) et obtient une anesthésie complète. Il cite une observation d'ablation de polype laryngien après insensibilisation du larynx.

VIII. — Les auteurs ont employé avec succès la cocaïne dans les amygdalites et pharyngites aiguës ainsi que dans le coryza et les ulcérations douloureuses du larynx; de même dans les otites aiguës. Baratoux a obtenu, par les badigeonnages de cocaïne, une amélioration sensible dans deux cas d'otorrhée rebelles au traitement ordinaire.

Pour obtenir l'anesthésie du pharynx ou du larynx, il faut faire trois ou quatre badigeonnages à deux minutes d'intervalle, avec les solutions à 10 ou 20 0/0. Moure et Baratoux ont pu enlever facilement des polypes du larynx chez des sujets présentant une intolérance à l'application même du miroir. Ils ont utilisé également avec succès ces propriétés anesthésiantes pour l'ablation des polypes du nez, la cautérisation des amygdales, etc.

IX. — En dehors des effets sur l'œil, Knapp a étudié son action sur l'oreille, le nez, la langue, etc. Dans un cas de polypes douloureux de l'oreille, deux instillations de cocaïne ont amené une sédation très marquée. La muqueuse nasale est de même facilement insensibilisée.

X. — Dans un cas de névralgie du tympan, la douleur disparut dix minutes après les instillations.

XI. — L'auteur rapporte cinq opérations faites sur les yeux, sans que le malade ait éprouvé aucune sanction douloureuse, après l'instillation de quelques gouttes d'une solution à 2 0/0.

Il a pu également cautériser la muqueuse nasale, pour une hypertrophie au niveau du cornet inférieur. Dix-huit gouttes de la solution furent instillées et le malade ne sentit aucune douleur au moment où on se servit du fer rouge.

Grüning a essayé sans résultats d'autres substances telles que la caséine, le salicylate, le benzoate de soude, etc. A. CARTAZ.

XII.— M. L. Fraenkel s'est demandé si, comme on pouvait s'y attendre, la cocaïne exerçait sur les extrémités terminales des nerfs sensitifs de la vulve, du vagin et de l'utérus la même action paralysante qu'elle exerce sur les filets sensitifs de la conjonctive, de la muqueuse du pharynx et du larynx. Pour élucider cette question, il a institué des recherches pour lesquelles il s'est servi d'abord de solutions de chlorhydrate de cocaïne à 2 et 5 0/0. Des badigeonnages répétés de la muqueuse vulvo-vaginale et de la portion vaginale du col, avec des solutions de cette force n'ont jamais produit une anesthésie complète des parties touchées, et le résultat a été tout aussi négatif à la suite de l'introduction, dans le vagin, de petits tampons d'ouate trempés dans une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 et laissés en place pendant 5, 10 et 15 minutes. Cela est dû sans doute à ce que la muqueuse vulvo-vaginale, tapissée qu'elle est par un épithélium pavimenteux stratifié, se laisse imprégner plus difficilement que les muqueuses de l'œil, du pharynx et du larynx, par les solutions médicamenteuses.

Ces recherches ont été continuées avec des solutions de chlorhydrate de cocaïne plus fortes : à 10 0/0 d'abord, puis 20 0/0 (chlorhydrate de cocaïne, 1 partie; eau distillée, 3 parties; esprit-de-vin rectifié, 2 parties ;

éviter d'ajouter des acides et de filtrer le liquide). L'auteur croit devoir ajouter que ces solutions en vieillissant laissent évaporer une partie de leur alcool et deviennent moins efficaces parce que une portion de cocaïne se précipite en même temps que le liquide devient trouble. Il suffit d'ailleurs d'ajouter quelques gouttes d'alcool pour que la solution reprenne sa limpidité et son efficacité premières. L'emploi de ces solutions fortes n'a jamais donné lieu à des symptômes d'une réaction générale, mais tout au plus à une sensation de brûlure tolérable et passagère au lieu d'application.

Des badigeonnages énergiques étaient faits à des intervalles de 1 1/2 à 2 et 3 minutes, sur la muqueuse préalablement détergée et desséchée, Les badigeonnages étaient répétés au nombre de trois ou quatre, suivant le degré de l'incitabilité individuelle du sujet. Quand la solution devait être appliquée sur la muqueuse de la cavité utérine, celle-ci était préalablement lavée à l'aide d'un courant d'eau tiède qu'on injectait à travers une sonde. On desséchait ensuite la cavité de l'utérus avec un tampon d'ouate fixé à l'extrémité d'une sonde de Plaifayr, et avec un instrument semblable on faisait un badigeonnage à la cocaïne. Dans un cas, Fraenkel a laissé séjourner dans la cavité utérine, pendant quinze minutes, le petit tampon d'ouate imprégné de la solution médicamenteuse. Pour étudier l'action de la cocaïne par la sensibilité à la douleur de la muqueuse génitale, l'auteur a choisi de préférence des femmes très impressionnables. Il éprouvait la sensibilité au moyen de scarifications superficielles et profondes, de cautérisations pratiquées avec des crayons de nitrate d'argent très pointus, à l'aide d'un cautère actuel également très effilé. Ces excitations étaient portées sur les régions les plus sensibles des parties génitales: pourtour de l'orifice externe de l'urètre, portion inférieure de ce conduit, commissure antérieure entre le clitoris et le méat urinaire, commissure postérieure près du périnée.

Toujours la sensibilité à la douleur a été considérablement diminuée. Une douleur provoquée cessait d'être ressentie dans les couches superficielles de la muqueuse et l'était à peine dans les couches profondes. Ainsi, à la suite d'une application locale de cocaïne, on ne développait pas de douleur marquante en enfonçant, jusqu'à faire saillir une goutte de sang, une aiguille à ponction en certains points où dans les circonstances ordinaires le moindre contact d'une épingle déterminait des mouvements réflexes. Les cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent ne développaient aucune sensation pendant les dix ou quinze minutes qui suivaient les applications de cocaïne.

Les cautérisations avec le cautère actuel ne donnaient lieu qu'à une sensation de contact et de chaleur. Les ponctions profondes du col, suivant le procédé de Spiegelberg, qui faisaient beaucoup souffrir une femme soumise à ce mode de traitement, cessèrent d'être douloureuses lorsqu'on les eut pratiquées après deux badigeonnages préalables de cocaïne suivis de l'application sur le col pendant cinq minutes, d'un tampon d'ouate trempé dans la solution de chlorhydrate de cocaïne. Chez cette même femme, l'introduction de la curette dans la cavité utérine cessa d'être douloureuse, après qu'on eut laissé séjourner dans cette cavité, pendant quinze minutes, un tampon d'ouate imbibé de la solution analgésiante. Chez une autre femme dont le col était dévié et fixé en arrière, à la suite d'une

paramétrite chronique, les tentatives faites pour ramener le col en avant occasionnaient des douleurs vives, qui cessèrent également lorsqu'on eut recours à l'action analgésiante locale de la cocaïne (badigeonnage et application, pendant dix minutes, d'un tampon de ouate imbibé de la solution analgésiante sur la surface érodée du col). Il devint possible ainsi d'introduire profondément dans le cul-de-sac postérieur le spéculum de Fergusson.

M. Fraenkel a constaté, d'autre part, que l'action analgésiante de la cocaïne s'exerce encore sur la muqueuse des organes génitaux de la femme, quand cette membrane est en état d'inflammation. Dans deux cas de vulvite et de vaginite blennorragiques, il obtint à la fois une cessation des douleurs et une ischémie locale.

A la suite des applications topiques de cocaïne, il se produit en outre une diminution de l'excitabilité réflexe de l'entrée du vagin. Dans un cas de vaginisme chez une jeune femme qui était mariée depuis six semaines et chez qui la muqueuse, à l'entrée du vagin, était tuméfiée, hyperémiée, le siège d'érosions, et d'une excitabilité telle que le moindre contact du doigt provoquait un spasme réflexe, trois badigeonnages successifs avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 0/0 pratiqués à des intervalles de deux minutes ont rendu possible l'introduction du doigt dans le vagin, sans que la femme en éprouvât la moindre douleur. Fraenkel pense qu'il en sera de même dans les cas de spasme du sphincter anal, symptomatique d'une fissure de l'anus.

En somme, des recherches de Fraenkel sur l'action anesthésiante locale que la cocaïne exerce sur la muqueuse des organes génitaux chez la femme découlent les indications suivantes pour l'emploi de cette substance en gynécologie.

1° *Lorsqu'il s'agit d'obtenir une anesthésie locale :*

a) Pour faire des cautérisations intenses de la muqueuse vulvo-vaginale, par exemple dans les cas de vulvite et de vaginite blennorragiques aiguës et sub-aiguës qu'on se propose de traiter par les cautérisations au nitrate d'argent ou au sublimé.

b) Pour enlever de petites végétations superficielles implantées sur la muqueuse vulvaire, des condylomes pointus, des caroncules de l'urètre, et pour cautériser les petites plaies résultant de l'opération.

c) Chez les personnes impressionnables, pour pratiquer des émissions sanguines locales et des cautérisations du col, pour pratiquer le curage de la cavité utérine.

2° *En vue de diminuer l'excitabilité réflexe :*

a) Dans les cas de vaginisme temporaire, pour faciliter le toucher et l'introduction des instruments dilatateurs dans le vagin, au besoin aussi pour faciliter les rapports conjugaux.

b) Dans les cas de spasme du sphincter anal, consécutif à une fissure, pour pratiquer la dilatation forcée sans endormir le malade, peut-être aussi, dans les mêmes circonstances, pour prévenir les douleurs occasionnées par la défécation.

M. Fraenkel s'est demandé encore si, en obstétrique, l'action analgésiante locale ne pourrait pas être avantageusement employée dans les cas où la dilatation du col s'accompagne de douleurs très vives, au moment du passage de la tête? La chose lui parait peu probable, car dans les circons-

tances en question les douleurs résultent d'une distension et d'une dilacération des parties profondes, et l'anesthésie développée par la cocaïne est superficielle. Le prix élevé de cette substance est un obstacle sérieux à la vulgarisation de son emploi. E. RICKLIN.

XIII. — Citons seulement une des applications qu'a faites l'auteur de cet agent anesthésique ; la fistule douloureuse de l'anus, avec un succès égal à celui qu'il donne pour l'œil, le larynx.

XIV. — L'auteur a essayé les propriétés anesthésiques de la cocaïne sur la muqueuse vaginale avec une solution à 4 0/0. Le vagin, les petites lèvres, furent badigeonnés à trois reprises avec ce liquide pour une opération de procidence utérine avec rectocèle. Mais on ne constata aucune insensibilité et l'opération dut être achevée avec l'éthérisation.

Dans des opérations sur l'œil (ablation d'une tumeur du cartilage tarse) l'anesthésie n'a pas été obtenue.

Sur la langue, une cautérisation à l'acide nitrique a pu être faite sans douleur.

XV. — L'auteur a pu enlever sans aucune douleur une tumeur de la joue (épithélioma) en injectant à trois reprises, avant l'opération, 25 centigrammes chaque fois d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0. Les deux premières injections faites dans le tissu sous-cutané n'ayant pas amené l'anesthésie, Carmalt fit la troisième dans l'épaisseur de la peau (*into the skin*). L'opération dura 37 minutes ; la malade ne sentit que les sutures. A. CARTAZ.

Ueber den Einfluss fieberhafter Zustände und antipyretischer Behandlung auf den Umsatz, etc. (Influence de la fièvre et du traitement antipyrétique sur l'élaboration des substances azotées et assimilation des principes azotés du lait), par SASSETZKY (*Arch. f. path. An. u. Phys., Bd. XCIV, H. 3, p.* 385).

C'est un travail destiné à démontrer les avantages du traitement antipyrétique (bains froids, quinine et salicylate de soude). L'auteur commence par faire un historique de la question des bains froids. Il passe ensuite en revue les différentes opinions que l'on s'est faites sur les éliminations pendant l'état fébrile. Il arrive à cette conclusion que l'influence du traitement antipyrétique sur les transformations des substances azotées est peu connue. Quant à l'assimilation de ces substances pendant l'emploi des antipyrétiques, elle n'a pas été étudiée avant une communication faite en 1877 par l'auteur dans le premier volume du Jahresbericht de Virchow et Hirsch.

Depuis cette époque, il n'a connaissance que d'un travail de Hoesslin sur ce sujet. Les expériences de Sassetzky portent sur des malades atteints de typhus exanthématique, de fièvre récurrente ou de pneumonie.

Il a laissé de côté la fièvre typhoïde à cause des lésions intestinales qui pourraient modifier les résultats. Des tableaux qu'il publie à la suite de son travail, Sassetzky tire les conclusions suivantes :

1° Les échanges des matières azotées sont diminués dans tous les cas sans exception par l'emploi des bains froids, dans le plus grand nombre des cas, mais dans un rapport moindre par l'emploi de la quinine ou du salicylate.

2° L'élimination des phosphates est toujours diminuée avec les bains

froids, presque toujours, mais d'une façon moins marquée avec la quinine ou le salicylate.

3° La quantité d'urine éliminée est accrue avec les bains froids ou le salicylate. La quinine détermine une augmentation encore plus considérable.

4° L'assimilation des principes solides et des substances azotées du lait est toujours plus complète avec les bains froids. La quinine et le salicylate augmentent cette assimilation, mais dans une proportion moindre.

5° Les antipyrétiques diminuent la quantité des boissons ingérées.

6° L'élimination de l'eau par la peau et les poumons est diminuée constamment par la quinine, le plus souvent par les bains froids ; elle augmente par le salicylate.

7° L'assimilation des principes solides et des substances azotées du lait se fait mieux pendant l'apyrexie que pendant la fièvre.

L'auteur se demande ensuite quelles sont les causes des bons effets des antipyrétiques. Il fait remarquer que la fièvre détermine des désordres de tout genre spécialement sur le cerveau, l'appareil circulatoire, les sécrétions, la peau, désordres que supprime en partie le traitement antithermique. Il termine en faisant remarquer que les bains froids ont sauvé plusieurs milliers de vies humaines, et qu'associés aux autres antipyrétiques ils constituent un immense progrès en médecine pratique.

P. GALLOIS.

Valore antipiretico della cairina, par **MARAGLIANO** (*Italia medica*, n°s 2 et 3, 1884).

La kairine peut ramener au chiffre physiologique les températures les plus élevées, déterminant parfois ainsi un abaissement de plus de 4° centigrades; son action dure environ 6 heures, atteignant son maximum une ou deux heures après l'ingestion du médicament. Elle est proportionnée à la *résistance thermique* des individus et non à leur force et à leur poids, si bien que chez un même individu on observe de grandes variations dans son action. La kairine donnée aux mêmes doses agit plus énergiquement sur la température dans la matinée que dans l'après-midi.

Suivant le processus morbide, le médicament agit plus ou moins, son influence est plus accusée dans la fièvre typhoïde que dans la pneumonie et que dans la scarlatine et la fièvre intermittente. De même, plus la température est élevée, moins la résistance thermique est grande. Le problème de l'action de la kairine est donc très complexe et subordonné aux conditions également très complexes qui régissent les températures fébriles. Il résulte des recherches de Della Cella et Queirolo que les deux tiers de la kairine absorbée sont éliminés par les urines dans les 8 premières heures, un cinquième dans les 12 heures consécutives et un cinquième dans les 24 heures suivantes.

La dose minimum est de 20 centigrammes, la dose moyenne 20 centigrammes à 50 centigrammes, la dose maximum 1 gramme.

Maragliano distingue deux méthodes d'administration du médicament : 1° la médication avec reprises, dans laquelle on attend la cessation de l'action du remède et l'ascension nouvelle de la température ; 2° la mé-

thode subintrante, dans laquelle on continue à donner le médicament sans attendre que l'action des doses antérieurement absorbées soit complètement épuisée. L'intervalle entre chaque dose doit être d'une heure. La quantité totale du remède absorbé dans les 24 heures peut être de 7 à 10 grammes ; dans un cas, il en fut donné jusqu'à 17 grammes.

E. BALZER.

Untersuchungen über die Wirkungsweisen des Kairin bei Variola, Morbillen und Erysipel (De la kairine dans la variole, la rougeole et l'érysipèle), par FAEHNRICH (*Zeitschr. f. Heilk, Bd. IV, Hcft VI, p.* 446).

Faehnrich conclut, de nombreuses observations, que la kairine est un excellent antipyrétique, que son administration est suivie d'une euphorie notable qui permet de nourrir rapidement les malades. Les seuls effets fâcheux de ce médicament sont des troubles gastro-intestinaux, d'ailleurs assez rares (vomissements, diarrhée). Faehnrich a donné des doses de 0gr,25 à 1 gramme de kairine. L. D.-B.

Ueber das Schicksal des Kairin im Menschlichen Organismus (Ce que devient la kairine dans l'organisme humain), par von MERING (*Zeitsch. f. klin. Med. Bd. VII, supplement p.* 149, 1884).

Von Mering veut démontrer dans son mémoire que la kairine forme dans l'organisme, avec l'acide sulfurique, une sorte d'éther et est éliminée à l'état de sulfate de kairine. M. DEBOVE.

La kairine à l'intérieur, en injections hypodermiques; usage simultané de la kairine et des lavements phéniqués, par Y. TROUSSIÉVITCH (*Vratch, n*os 39, 40 *et* 42, 1884).

La kairine, prise à l'intérieur, ne produit un abaissement de température considérable prolongé que dans les cas où la fièvre ne dépasse pas 40° et quand on donne le médicament à la dose d'au moins *un gramme*. Les injections hypodermiques de kairine ne sont pas plus efficaces. En unissant la kairine à l'acide phénique à 4 0/0 en lavement on a les effets antipyrétiques les plus marqués. Abaissement de 4°,4 ; 5 heures après la rémission est encore de 2 à 3°,7. W. HOLSTEIN.

Essai sur la thérapeutique par le chlorhydrate de kairine, par E. DRÉLY (*Thèse de Lyon*, 1884).

L'administration de la kairine à la dose de 6 à 8 grammes par jour est sans inconvénient pour le malade. On peut la donner dans tout état fébrile, plus particulièrement dans le rhumatisme aigu, la fièvre typhoïde.

La kairine abaisse la température et la maintient abaissée dans les cas où la quinine et d'autres antipyrétiques échouent.

Elle n'agit pas par excitation du centre vaso-moteur, ni en diminuant l'excitation du centre régulateur de la température, mais en diminuant l'excès des combustions organiques qui constituent l'état fébrile. A. C.

Ueber gynækologische Medication, par SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft 1*).

L'orateur emploie depuis quelque temps l'extrait fluide d'hydrastis canadensis et il en a obtenu d'excellents résultats dans les métrorragies et ménorragies liées à la présence de fibromes, à la métrite, à des cicatrices paramétriques, à la ménopause, au défaut d'involution de l'utérus puerpéral. Il administre l'extrait d'hydrastis à la dose de 20 gouttes, 4 fois par jour. L'action de l'hydrastis est très analogue à celle de l'ergot; mais, tandis que l'action de l'ergot se porte peut être plus particulièrement sur la fibre musculaire de l'utérus, l'action de l'hydrastis atteindrait plutôt l'élément vasculaire (29 observations).

H. DE BRINON.

Ueber die Wirkung der Agaricin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker (De l'agaricine contre les sueurs nocturnes des phtisiques), par SEIFERT (*Wien. med. Woch., n° 38, 1883*).

L'agaric blanc est remplacé avec avantage par son principe actif l'agaricine, qu'on prescrit sous forme de pilules à la dose de 5 milligrammes: on évite ainsi les nausées et la diarrhée. L'action antisudorale n'est pas absolument certaine dans tous les cas; de plus, l'auteur a vu souvent manquer l'abaissement de température, mais il a noté la diminution de la toux et la régularisation du sommeil.

Il suffit parfois d'une seule pilule pour empêcher la sudation ; jamais il ne faut dépasser quatre pilules, soit 2 centigrammes. Chez certains sujets, l'auteur, s'étonnant de l'inefficacité du médicament, apprit que les sueurs survenaient à une heure avancée de la nuit ou au contraire dans la soirée; l'effet n'était satisfaisant, les pilules étant administrées à 8 heures, que chez ceux qui devaient avoir leur accès entre une et deux heures du matin. Il en conclut qu'il fallait 5 ou 6 heures pour obtenir l'action complète, et c'est d'après cette indication qu'il dirigea le traitement; certains phtisiques recevaient leurs pilules à cinq heures, d'autres étaient réveillés à minuit pour les prendre.

L'auteur a essayé les injections sous-cutanées, mais sans succès : il provoquait une sensation de brûlure intolérable.

L'agaricine a réussi dans un cas d'hyperhydrose due à la lésion du grand sympathique cervical.

Il s'agit d'un sujet de 47 ans, qui offre les symptômes d'une fracture de la troisième vertébrale cervicale, avec fixité de la tête et paralysie des membres. On remarque, du côté droit de la face, des sueurs profuses, tandis que le côté gauche est indemne ; la pupille droite est rétrécie. Parfois les pupilles sont égales et l'hyperhydrose n'est plus unilatérale, mais généralisée à tout le corps. Il a suffi à plusieurs reprises de 6 ou 8 milligrammes d'agaricine pour faire disparaître les sueurs. A l'autopsie, on a trouvé la fracture vertébrale et le ramollissement du second ganglion cervical. L. GALLIARD.

I. — De l'alun contre la fièvre intermittente, par SHIDLOVSKY (*Vratch, n° 42. 1883*).

II. — *Idem*, par SAWINSKY (*Med. Obosrenié, p. 289, 1884*).

III. — *Idem*, par **SOLTYKOFF** (*Proceedings of the caucasian med. Soc.*, 16 *janvier* 1884).

IV. — *Idem*, par **GRIGONIFF** (*Russkaia mediz.*, *n°* 14, 1884).

V. — *Idem*, par **IGNATIEFF** (*Med. Obosr.*, *p.* 1080, 1884).

VI. — *Idem*, par **PETROFF** (*Vratch*, *n°*.24, 1884).

VII. — *Idem*, par **KOLTCHEVSKY** (*Vratch*, *n°* 1884).

I. — L'alun calciné a été préconisé autrefois par Cullen, Boerhaave, Monro, etc., contre les accès paludiques. Shidlowsky a essayé à nouveau ce médicament et le regarde comme le meilleur succédané de la quinine dans les cas de fièvre intermittente. Il le donne à la dose de 8 grains (40 centigrammes), deux fois, à trois heures de distance, avant l'accès. Il n'a jamais observé de troubles gastriques à la suite de l'ingestion de cet agent.

II. — Sawinsky donne le résultat de 12 observations. Il a administré les doses indiquées ci-dessus. Les cas étaient légers et de date récente.

III. — Soltykoff a traité 50 malades; 7 avaient des accès quartes, 20 des accès tierces, 23 des accès quotidiens. Les accès ne disparurent que chez 13 malades et il s'agissait de cas légers.

IV. — Grigoniff n'a réussi à couper les accès fébriles avec l'alun que chez deux malades (accès tierces légers) sur 22 cas traités (12 quotidiens, 7 tierces, 3 quartes).

V. — Résultats de 14 observations. Ignatieff trouve que l'alun n'est pas un succédané de la quinine; ses effets sont inconstants et le gonflement de la rate ne disparaît pas après l'administration de ce médicament.

VI. — 5 cas. 2 résultats favorables chez des enfants.

VII. — 20 cas. 2 succès seulement. A. C.

L'acide trichloro-acétique et son action, par FILIPOVITCH (*Méd. Obosrénié*, *n°* 18, 1884).

L'acide trichloro-acétique est, d'après l'auteur, un excellent antiseptique qui doit être placé entre le phénol et le chlorure de zinc. L'auteur l'a employé avec succès — en solution aqueuse à 2 1/2 et 5 0/0 — pour le pansement des plaies, de l'érysipèle, du chancre mou, etc., ainsi qu'à l'intérieur — à la dose de 0gr,12 à 0gr,30 trois ou quatre fois par jour, chez les adultes, et de 0gr,03 à 0gr,06 quatre à cinq fois par jour, chez les enfants, et toujours en solution aqueuse — contre le catarrhe et le cancer de l'estomac. W. HOLSTEIN.

Le salicylate de soude dans la migraine, par L. FINKELSTEIN (*Vratch*, *n°* 29 1884).

Dans 14 cas d'hémicranie chez les adultes, Finkelstein a administré le salicylate de soude avec succès. Le remède *coupait* l'accès hémicranique. Son action est surtout manifeste dans la migraine sympathicotonique; elle est plus faible dans les formes atypiques de la maladie et presque nulle dans la migraine névro-paralytique. Dans les cas favorables, le salicylate de soude fait cesser les accès pour un temps plus ou moins long (pour un an au maximum dans les observations de Finkels-

tein). Chez les malades atteints de migraine héréditaire, même sympathico-tonique, le médicament agit plus faiblement que dans les formes acquises de la maladie. Le salicylate de soude coupe rapidement l'accès hémicranique en cinq à dix minutes, après la seconde dose, au plus tard. Aucun autre médicament ne produit d'effet aussi favorable. Il faut donner, à un intervalle d'une demi-heure, deux doses de salicylate de soude d'au moins 2 grammes chaque. Chez les sujets faibles on peut, pour éviter certains effets désagréables du médicament, employer des doses plus petites. Le salicylate de soude paraît aussi agir favorablement contre la migraine des enfants, mais les observations de Finkelstein à ce sujet ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre un jugement définitif. W. HOLSTEIN.

Deux cas de méningite cérébro-spinale guéris par le bromure de potassium, par RAPISARDA (*Rivista clin. e terap., juillet*, 1884).

Plusieurs fois déjà l'auteur avait eu à se louer du bromure de potassium dans cette maladie. Il faut le prescrire à doses rapidement croissantes, 8 à 10 grammes par jour ; il est spécialement indiqué dans la période convulsive. B. FÉRIS.

Ueber die Behandlung des Hustens und Schleimauswurfs (Étude expérimentale sur les médicaments employés contre la toux et contre l'expectoration catarrhale), par M. J. ROSSBACH et ASCHENBRANDT (*Berliner klinische Wochenschrift*, 8 *et* 15 *mai et* 3 *juillet* 1882).

Rossbach et son collaborateur ont observé sur la trachée largement ouverte d'animaux, de chats spécialement, les altérations de la muqueuse consécutives à l'application locale et à l'administration interne de divers médicaments réputés comme expectorants ou anti-catarrhaux.

Les alcalins (carbonate de soude 2 grammes ; chlorhydrate d'ammoniaque 1 gramme), injectés directement dans une veine du membre inférieur, tarissent presque complètement la sécrétion catarrhale des voies respiratoires, en même temps qu'ils font pâlir la muqueuse trachéale, en lui donnant un aspect blanc gris spécial. Les troubles sécrétoires ne s'expliquent point par l'anémie de la muqueuse, ce dont Rossbach s'est assuré par des expériences de contrôle.

Les alcalins étant aussi très usités en inhalations, Rossbach a essayé l'action locale de solutions à 1-2 0/0 de carbonate de soude, mais il n'a noté aucune modification de la muqueuse trachéale, même au bout de plusieurs heures d'observation.

En revanche, les badigeonnages avec une liqueur d'ammoniaque caustique très étendue ont déterminé une vive injection de la muqueuse, s'accompagnant de l'apparition de nombreux petits vaisseaux jusque-là invisibles et de l'augmentation de la sécrétion muqueuse.

Les badigeonnages entrepris avec une solution à 3 0/0 d'acide acétique ont fourni les mêmes résultats.

L'application topique d'astringents tels que l'alun, le tanin, la solution de nitrate d'argent à 4 0/0, produit constamment une pâleur de la muqueuse et un arrêt de la sécrétion. La teinte pâle de la muqueuse tient

essentiellement à ce que l'épithélium, de transparent, devient opaque, empêchant ainsi de reconnaître si les vaisseaux sous-jacents subissent quelque changement dans leur calibre. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que si les astringents occasionnent une contraction vasculaire, elle reste limitée au point d'application.

Le tarissement de la sécrétion muqueuse trachéo-laryngée est un effet incontestable du nitrate d'argent, qui agit cependant tout différemment sur les muqueuses d'autres parties des voies respiratoires et digestives.

L'essence de térébenthine rectifiée a des effets divers, selon qu'elle est mélangée à de l'air ou à de l'eau. Dans le premier cas, on constate une diminution des sécrétions allant jusqu'à leur suppression et s'accompagnant de sécheresse de la muqueuse. Rossbach s'est assuré par des contre-expériences que ces effets appartenaient en propre à l'essence et non à l'air dont elle était mélangée.

Quand on verse goutte à goutte sur la muqueuse trachéale une solution aqueuse à 1 ou 2 0/0 d'essence de térébenthine, la sécrétion catarrhale augmente, tandis que l'hyperémie de la muqueuse diminue.

Non diluée, l'essence de térébenthine dessèche et rougit la muqueuse dont l'épithélium se soulève.

L'apomorphine, l'émétine et surtout la pilocarpine excitent la sécrétion des glandes qui s'hypertrophient. Avec la pilocarpine, cette action se généralise aux bronches, mais on n'observe pas de congestion concomitante de la muqueuse, ce qui vient à l'encontre des idées anciennes que l'hypersécrétion est toujours causée par une hypérémie de la muqueuse.

Par une série d'expériences, Rossbach a reconnu que ces trois agents expectorants types agissent directement sur les glandes et leurs nerfs.

L'atropine dessèche instantanément la muqueuse trachéale, tout en la congestionnant de plus en plus.

La morphine a une double action : 1° elle diminue l'excitabilité réflexe des points irrités, qui provoque la toux; 2° elle diminue la sécrétion muqueuse, mais avec moins de rapidité que l'atropine.

Quand on fait agir simultanément l'apomorphine et la morphine, les effets hypersécrétoires de l'une et les effets calmants de l'autre n'apparaissent pas moins nettement que lorsqu'on les applique isolément.

Il en est de même quand on essaye conjointement la morphine et l'atropine. J. B.

Beobachtungen über absolute Milchdiät (Considérations sur la diète lactée absolue), par J.-A. HOFFMANN (*Zeitsch. f. klin. Med. Bd. VII, supplement p.* 8, 1884).

Hoffmann étudie la valeur nutritive du régime lacté exclusif ; il fait remarquer que la quantité d'albumine et de graisse est suffisante pour l'entretien d'un homme sain, mais les hydrates de carbone sont en trop petite proportion. Ainsi en admettant que quatre cents grammes d'hydrate de carbone soient le chiffre d'une ration d'entretien, il faudrait pour l'atteindre ingérer dix litres de lait.

L'auteur comparant la quantité d'azote introduit par le régime lacté (deux litres et demi à trois litres) avec la quantité d'azote perdue par les fèces et les urines, trouve que cette dernière quantité l'emporte. Si les

malades peuvent longtemps se maintenir avec le régime lacté, c'est à condition seulement d'éviter les mouvements, les efforts, l'exposition au froid. M. DEBOVE.

I. — Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 *août* 1884).

II. — Traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle, par SANTELLI (*Thèse de Paris*, 28 *novembre* 1884).

Debove eut l'idée, chez un malade atteint de sciatique depuis plusieurs mois, traité en vain par les pointes de feu, de pratiquer la congélation de la jambe au moyen d'un jet de chlorure de méthyle qui donne un froid de — 23 degrés centigrades. Une minute après le malade marchait sans boiter, et depuis neuf mois la douleur n'a pas reparu; d'autres malades ont été guéris radicalement avec la même rapidité, quelques-uns ont eu une rechute passagère.

Debove emploie un siphon contenant le chlorure; à l'extrémité du bec il a fait adapter un tube de plomb et un ajutage muni d'un petit orifice; l'appareil de Richardson n'a jamais donné dans ses mains de résultats comparables.

Le jet de chlorure dirigé tout le long du nerf congèle la peau, qui devient blanche et dure comme la pierre : le malade accuse une sensation de brûlure pénible; la peau se décongèle rapidement, et il ne subsiste qu'un érythème plus ou moins accusé. H. L.

De l'action physiologique et thérapeutique de l'électricité statique sur le corps humain, par J. STIÉPANOW (*Vratch*, *n°* 27, 1884).

Les expériences de Stiépanow dans le service du Dr Drosdow (destiné aux maladies nerveuses) à Saint-Pétersbourg lui ont montré que, sous l'influence de l'électricité statique agissant sur le corps humain pendant cinq à douze minutes, on observe les phénomènes suivants :

1° Dans la majorité des cas, la transpiration cutanée diminue aux points électrisés, tandis que dans les parties non électrisées il se produit souvent une hypersécrétion. Chez les sujets irritables on voit souvent perler des gouttes de sueur au front, au cou, sur la paume des mains et dans le creux axillaire pendant qu'on leur électrise le dos.

2° L'électrisation augmente la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures.

3° Le pouls est modifié non seulement quantitativement (Drosdow, Benedictow), mais aussi qualitativement : *a*) la partie ascendante de la courbe sphygmographique devient plus haute et plus redressée; *b*) la cime de la courbe devient plus pointue; *c*) le dicrotisme du pouls est plus accusé.

4° Dans les cas d'altérations anatomiques incurables de la moelle épinière (tabes dorsal), les symptômes morbides s'amendent et souvent même disparaissent pour un temps assez long sous l'influence de la franclinisation. La même chose s'observe dans l'hystérie et la neurasthénie rénale. Les symptômes de la première maladie cèdent à la franclinisation de la région ovarienne, ceux de la seconde à la franclinisation de la région rénale. W. HOLSTEIN.

Galvanization of the brain, and its value in the treatment of chorea, par Charles-L DANA (*Medical News*, 17 *novembre* 1883).

Ce mémoire, communiqué à l'association américaine de neurologie, comprend deux parties. Dans la première, l'auteur passe en revue les phénomènes subjectifs et objectifs que produit chez l'homme et chez les animaux la galvanisation fronto-occipitale ou transverse du cerveau, et il expose les résultats obtenus par les divers expérimentateurs et par lui-même. Comme procédé opératoire pour l'homme, l'auteur conseille de faire placer le pied sur une plaque de cuivre reliée au cathode, et d'appliquer sur la tête l'anode représenté par une large éponge concave. On ne doit employer les courants intenses qu'avec les plus grandes précautions. Dans ces conditions, la galvanisation du cerveau est facile et efficace, mais on doit adopter la méthode polaire avec sa nomenclature, puisqu'il est probable que les effets spécifiques dépendent du pôle et non de la direction du courant. La galvanisation anodale du cerveau diminue l'excitabilité cérébrale, contracte les vaisseaux pie-mériens, ralentit la circulation et modifie les échanges nutritifs. L'action obtenue est surtout directe, accessoirement réflexe; elle est plus puissante quand les électrodes sont largement distants.

La seconde partie du mémoire est consacrée au traitement des formes moyennes de chorée chez les enfants par la galvanisation cérébrale. Mais les observations, au nombre de huit, sont écourtées et insuffisantes; les malades n'ont été suivis que peu de temps, puis perdus de vue. En outre, une médication interne a toujours été simultanément instituée, par l'arsenic, ou le fer, ou l'huile de morue. La durée moyenne du traitement a été de 35 à 40 jours. L'auteur admet, comme conclusion, que la galvanisation pratiquée trois fois par semaine donne des améliorations au moins passagères, que, pratiquée chaque jour, elle a une action curative puissante. A. CHAUFFARD.

Contribution à la thérapeutique du goitre, traitement par l'iodoforme, par THIROUX (*Thèse de Paris*, 1884).

L'iodoforme, d'une assimilation facile, dénué de toute action locale irritante, est une des meilleures préparations iodiques à appliquer au traitement du goitre. Prescrit à l'intérieur et en injections interstitielles (en solution saturée dans l'éther), il a fourni des résultats satisfaisants et des guérisons définitives dans les expériences encore peu nombreuses entreprises par l'auteur, à l'instigation du Dr Lemaistre.

FÉRIS.

On the treatment of tapeworm, par Bernard PERSH (*Med. News*, 11 *octobre* 1884).

L'auteur, après avoir essayé avec plus ou moins de succès l'acide salicylique, le kousso et autres tænifuges, s'est arrêté au moyen suivant comme le plus efficace et le plus simple. Il donne le matin à jeun une goutte d'huile de croton, un drachme de chloroforme, dilués dans une once de glycérine. Pour plus de sûreté, on administre la veille au soir un léger laxatif. Le médicament n'a jamais manqué son effet, le tænia a été rapidement expulsé. A. C.

HYGIÈNE

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France (*XIII*e *année, 2*e *fascicule. Paris*, 1883).

Au lieu de suivre l'ordre des matières, nous grouperons sous quelques chefs les faits hygiéniques les plus intéressants de ce fascicule.

Les *patentes de santé* ont été l'objet de deux rapports de M. Fauvel. Tout navire à destination de France doit se pourvoir, auprès du consul français du port de départ, d'une patente de santé qui est visée à chaque escale. Il n'y a d'exception qu'en temps ordinaire et seulement pour la navigation bornée aux mers d'Europe.

Les patentes délivrées par l'autorité territoriale ne méritent aucune confiance. Malheureusement, celles des consuls français habitant des pays où la fièvre jaune est endémique, la Vera-Cruz, Porto-Rico, Cuba, ne représentent pas non plus exactement l'état des choses, sinon ils ne pourraient jamais délivrer de patente nette. Aussi le règlement sanitaire du 22 février 1876 exige-t-il très sagement un contrôle de l'autorité sanitaire du port d'arrivée, avant que la patente soit reconnue valable.

Le Sénégal se trouve au nombre des pays où la fièvre jaune tend à devenir endémique; elle peut s'y éteindre faute d'aliments susceptibles, mais le germe de la maladie reste en puissance à l'égard des nouveaux arrivants. Ainsi l'*Albatros*, arrivant en rade de Dakar, alors qu'il n'y avait plus de fièvre jaune à terre, fut le théâtre d'une violente épidémie qui reparut après une première désinfection.

Le rapporteur du Comité d'hygiène a fait adopter les conclusions suivantes :

Les navires provenant soit d'un port américain où la fièvre jaune est endémique, soit, jusqu'à nouvel ordre, du Sénégal et du littoral anglais placé au sud, seront considérés, à leur arrivée en France, comme navires suspects, malgré la patente nette.

Les mêmes provenances seront, dans les Antilles françaises, assujetties en permanence à une quarantaine.

La *fièvre jaune* a reparu à Rio-de-Janeiro en février, à Bahia en avril. La capitale du Brésil, qui compte 500,000 âmes de population, est d'ailleurs renommée pour ses conditions multiples d'insalubrité, notamment pour l'absence complète d'eau. On aura une idée de la violence de l'épidémie, par le fait qu'un brasseur et ses 21 employés, tous Allemands comme lui, ont été frappés le même jour.

Au Pérou, où la fièvre jaune avait disparu depuis 1868, elle a éclaté le 21 février au Callao, où, sur une population de 15,000 habitants, elle n'a pas tardé à frapper 15 personnes par jour. On sauva à peine un malade sur vingt. Puis elle s'est étendue à Lima. Dans les deux localités, elle décima surtout l'armée d'occupation chilienne et la colonie italienne. La fièvre jaune paraît avoir été importée de Guayaquil par des caboteurs.

Le *béribéri* à Pernambouc faisait encore de grands ravages en avril dernier.

L'épidémie de *choléra* qui a régné à Manille d'août à novembre 1882 a causé 15,000 décès en ville et plus de 100,000 dans le sud du pays.

Protection des eaux potables contre les pollutions industrielles. Lille a dérivé, pour son alimentation, deux groupes de sources situées au sud-ouest et en amont, à des distances de 6 et 8 kilomètres de la ville. Ces sources proviennent de la craie blanche, qui est très superficielle; réunies, elles débitent 17,350 mètres cubes par 24 heures. On avait imaginé de porter la quantité d'eau disponible à 22,400 mètres, l'augmentant ainsi de plus d'un quart, grâce à un drainage de la nappe aquifère, obtenu en économisant la construction d'un radier et en ménageant des orifices sur les parois des aqueducs collecteurs. Malheureusement toute la banlieue de Lille est occupée par des distilleries de betteraves, des blanchisseries, des fabriques d'engrais et autres établissements industriels qui polluent le sol, soit par leurs puits absorbants, soit par leurs irrigations avec les vinasses. Il en résulte que les conduites d'amenée des eaux potables drainent également les résidus industriels, et à chaque pluie les eaux se remplissent de crénothrix, acquièrent une saveur désagréable et deviennent impropres à tout usage domestique.

Jusqu'ici, en France, aucune loi ne protège les sources dérivées pour l'alimentation des populations contre les altérations dont elles peuvent être l'objet de la part de l'industrie. M. Jacquot, rapporteur du Comité, conclut à la nécessité de protéger les nappes aquifères contre ces dangers de contamination, en obligeant les industriels à faire leurs puisards étanches jusqu'au-dessous de la nappe aquifère.

Démographie. En 1879, la Norvège, pour une population présumée de 1,891,034 habitants, a eu une mortalité de 15.13 pour mille et de 16.28 en comptant les mort-nés; c'est le chiffre le plus bas depuis le commencement du siècle.

La natalité s'est élevée à 32 pour mille habitants, ce qui amènerait, d'après M. Vallin, un doublement de la population en moins de 50 ans.

La phtisie a causé 18 décès sur cent. La lèpre a été 162 fois la cause de mort, la scarlatine 679 fois et la fièvre typhoïde 245.

On a vacciné pendant la même année 45,696 individus. J. B.

I. — Legislation for habitual drunkards (*Sanitary Record, p.* 305, *décembre* 1883).

II. — State Control for chronic Inebriates, par H.-C. TWEEDY (*Idem, p.* 452, *mars* 1884).

III. — Sur les maisons de santé pour les buveurs habituels en Angleterre et en Amérique, par BERTHELOT (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, *IV*, 126, *février* 1882).

IV. — Note sur les hôpitaux d'ivrognes, par FOVILLE (*Idem, p.* 604, *juillet* 1882).

I et II. — Dans les îles Britanniques est en vigueur depuis le 1er janvier 1880 une loi destinée à faciliter la surveillance et le traitement des ivrognes habituels, qui ne sont pas aliénés. Mais elle est entourée d'un

ensemble de formalités et de clauses restrictives ou facultatives qui paraissent devoir nuire considérablement à son application.

En vigueur seulement pour une période de dix ans, cette loi accorde, moyennant autorisation préalable, à toute personne, à l'exception des propriétaires de maisons d'aliénés, le droit d'ouvrir une *retraite* destinée au traitement des ivrognes habituels. Mais cette autorisation doit être renouvelée au bout d'un an et un mois. Un médecin doit être attaché à l'établissement.

Tout ivrogne désireux d'y entrer adresse sa demande au directeur de l'asile, en lui indiquant le temps (qui ne peut excéder une année) pendant lequel il consent à y séjourner. Cette requête doit être apostillée par deux personnes constatant que le pétitionnaire rentre bien dans la classe de buveurs prévue par la loi. En outre, la signature du postulant doit être légalisée par deux juges de paix qui doivent avoir fait la même constatation et expliqué à l'intéressé les effets de sa demande.

Avis immédiat de la réception des malades ou de leur décès doit être donné aux autorités compétentes.

A la requête du directeur de l'asile, un pensionnaire, en cours de guérison, peut être admis à passer hors de l'établissement, en compagnie d'une personne de confiance, le reste du temps de son internement.

Si un de ces semi-libérés se conduit mal ou qu'un pensionnaire d'un asile s'évade, il est réintégré de force dans l'établissement.

Depuis trois ans que la loi fonctionne, trois asiles seulement ont été ouverts et l'un d'eux même est fermé maintenant. Tout le Royaume-Uni n'a fourni à ces retraites que cinquante-deux malades.

On est unanime à attribuer ces maigres résultats aux circonstances suivantes :

La précarité de la loi constitue un obstacle au point de vue financier : peu de personnes étant disposées à faire les frais d'un établissement dont la durée n'est pas assurée. Les demandes d'admission nécessitent trop de formalités. Pour être efficace, l'institution ne devrait pas dépendre uniquement du consentement des intéressés ; dans certains cas, les parents devraient pouvoir réclamer un internement d'office. Enfin, cette loi ne peut servir qu'aux buveurs fortunés, car les prix de pension dans les asiles sont très élevés.

III et IV. — Le Dr Berthelot a porté la question devant la Société de médecine publique, estimant qu'il serait utile de fonder en France des institutions analogues à celles qui existent en Angleterre et aux États-Unis, pour le traitement des personnes qui se livrent à la boisson.

Sa manière de voir a trouvé un contradicteur en Foville, qui conteste que les résultats obtenus dans ces deux pays soient de nature à faire désirer la création d'établissements publics de ce genre. J. B.

Dosage hygiénique de l'acide carbonique de l'air. Nouveau procédé, par E. BERTIN-SANS (*Montpellier médical*, 1883).

Les hygiénistes ont inventé successivement divers appareils destinés à pratiquer le dosage de l'acide carbonique de l'air et aussi facilement que possible. Pettenköfer, Hesse, Angus Smith, Notter, ont proposé des appareils qui répondent plus ou moins bien aux desiderata exigés. Bertin,

après avoir critiqué les divers systèmes indiqués par ces auteurs, propose un nouvel appareil qui se compose des pièces suivantes :

A. Un flacon aspirateur de 10 litres se déversant au moyen d'un tube en caoutchouc dans un seau sensiblement de même capacité ;

B. Un flacon barboteur muni d'un bouchon à 2 tubulures ; par l'une passe un tube destiné à faire pénétrer l'air à analyser ; dans l'autre s'engage un second tube destiné à conduire vers le flacon aspirateur l'air qui s'est dépouillé de tout son acide carbonique dans une dissolution concentrée et récente de soude contenue par le barboteur ;

C. Une sorte de tube en U dans une des branches divisées en dixièmes de centimètres cubes porte à son extrémité supérieure une partie renflée en entonnoir et munie d'un robinet hermétique. Au point de jonction des 2 branches du tube en U, se trouve un robinet d'écoulement.

C'est dans ce tube en U, préalablement rempli de mercure, de façon à transformer la branche graduée en une sorte de baromètre, que l'on fait pénétrer les 5 centimètres cubes du liquide où l'air s'est dépouillé de son CO^2. Ce liquide pénètre dans le vide barométrique et on fait dégager le CO^2 qu'il contient, au moyen de quelques gouttes d'acide sulfurique introduites par une pipette spéciale dans les tubes en U, et qui bientôt vont se mettre en contact avec la lessive de soude, en gagnant, grâce à leur plus grande légèreté spécifique, la partie supérieure du tube en U où existe le vide barométrique.

La réaction a lieu, et il n'y a plus, après une légère rectification, qu'à lire la quantité du CO^2 contenu par l'air lavé, pour établir la proportion dans laquelle le gaz est contenu dans l'air ainsi examiné. A. MOSSÉ.

Entérite chronique et eau de puits, par L. GARNIER (*Rev. méd. de l'Est, n° 10, 1883*).

Dans 5 familles, occupant une même maison, et obligées de boire l'eau d'un même puits, 24 personnes sur 25 ont présenté de la diarrhée, passagère ou tenace, intermittente ou continue, parfois même incoercible. Il semble que ce sont les personnes qui ont bu le plus de cette eau qui ont été le plus gravement atteintes; celle qui passaient la plus grande partie de la journée en ville l'ont été moins souvent et d'une façon plus bénigne. L'attention médicale a été attirée du reste sur cette maison par la présence incessante de ses habitants aux diverses consultations, et l'entrée de trois d'entre eux à l'hôpital pour entérite.

L'eau du puits a été soumise à l'analyse : on a reconnu qu'elle était profondément viciée par des infiltrations souterraines, provenant de masses fécales amassées dans le voisinage ; l'eau de l'égout prise à la même hauteur était moins souillée que l'eau du puits, bien que cet égout reçût les déjections de plusieurs maisons. C. Z.

I. — Le lathyrisme, par BOURLIER (*Brochure Alger, 1882*).

II. — Du lathyrisme médullaire spasmodique, par PROUST (*Bulletin Académie de médecine, t. XII, n° 27*).

III. — Sur le lathyrisme médullaire spasmodique, par BOULEY (*Ibid., t. XII, n° 28*).

IV. — Sur le lathyrisme médullaire spasmodique et le béribéri, par LE ROY DE MÉRICOURT (*Ibid.*, *t. XII*, *n° 29*).

V. — Due casi di latirismo osservati nella clinica medica di Parma (Deux cas de lathyrisme observés à la clinique médicale de Parme), par GORGIERI (*Ann. univers. di med. e di chir.*, *avril* 1883).

VI. — Lathyrisme et béribéri, par MARIE (*Progrès médical*, *27 octobre* 1883).

VII. — Étude du lathyrisme, par ASTIER (*Thèse de Lyon*, 1883).

I. — M. Bourlier expose en quelques pages le résultat des recherches qu'il a entreprises sur une maladie encore peu connue et qu'il a eu l'occasion d'étudier sur place chez les Arabes de la Kabylie; il propose de la dénommer « lathyrisme », car elle semble être déterminée par certaines substances toxiques que possède une espèce de légumineuse, le *lathyrus cicera*, appelée par les Arabes Djillen-Bougueru. Les graines de cette plante, malgré la réputation de toxicité dont elles jouissent parmi les indigènes, sont employées fréquemment, mélangées à l'orge, dans l'alimentation des bestiaux et des volailles. La récolte de 1880 ayant manqué dans certains cantons de la Kabylie, les habitants, poussés par la faim, firent usage de la farine préparée avec ces graines, sous forme soit de galette, soit de kouscoussou, soit mélangée avec de la viande.

Sur la population totale du massif où sévissait la famine, c'est-à-dire sur 18,000 individus, M. Bourlier a pu y compter 1,500 malades; la plupart ont été atteints en janvier et février, c'est-à-dire après une moyenne de trois mois d'alimentation. Les symptômes observés ont été les suivants : léger ou grave, le mal débute brusquement au réveil par une paralysie des membres inférieurs, sans que les douleurs soient très vives; au bout de quatre à cinq jours surviennent des tremblements dans les membres inférieurs, les muscles de la mâchoire, les membres supérieurs, dont les mouvements deviennent de plus en plus incertains. Exaltées au début, les fonctions genésiques ne tardent pas à s'abolir entièrement; puis surviennent des douleurs en ceinture toujours limitées aux parties situées au-dessous de l'ombilic. C'est également vers le début qu'apparait l'hyperesthésie des membres inférieurs; puis bientôt surviennent des contractures dans les membres inférieurs, s'accompagnant de douleurs et d'anesthésie dans la partie sous-ombilicale du corps. Les réflexes rotuliens sont exagérés dans les cas graves, et l'on peut noter les phénomènes décrits sous le nom d'épilepsie spinale. Les courants d'induction déterminent dans les muscles des contractions lentes qui sont très longues du reste à disparaître. Les fonctions digestives sont intactes; il faut seulement noter une légère contraction des sphincters, disparaissant rapidement.

Jamais l'on n'a pu constater d'atrophie musculaire, quelque ancienne que fût la paralysie.

Jusqu'à présent, les circonstances n'ont pas permis de faire un examen anatomique; M. Bourlier pense qu'il serait peut-être négatif, et il attribue ces accidents à l'accumulation d'un ou d'alcaloïdes dans la partie inférieure de la moelle. Les mêmes accidents pourraient être produits par des légumineuses appartenant à des genres voisins du *lathyrus*; peut-être aussi que le pouvoir toxique de ces plantes réputées innocentes dépend de leur absorption à l'état de crudité. Les expériences physiologiques faites sur des animaux avec des extraits hydro-alcooliques, tout en

déterminant des phénomènes analogues à ceux observés chez l'homme, ne sont pas encore définitives. W. ŒTTINGER.

II. — Cette maladie s'est présentée récemment sous forme épidémique dans les montagnes de la Kabylie, où l'auteur a pu l'observer sur place.

Il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'affection observée dans les montagnes de la Kabylie en 1882 et 1883 est due à l'absorption de diverses légumineuses et plus particulièrement du *lathyrus cicera*.

2° Le froid paraît avoir agi dans certains cas comme cause secondaire.

3° La détermination anatomique a lieu du côté de la moelle épinière. Il s'agit, au début, de symptômes de paralysie brusque, qui accusent soit une myélite transverse, soit une hémorragie de la moelle, affection à laquelle succède le syndrome du tabes dorsal spasmodique, syndrome indiquant une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

4° Cette affection peut être désignée sous le nom de lathyrisme médullaire spasmodique, dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique de la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et son expression symptomatique la plus saisissante.

5° Le lathyrisme est curable, et il est évidemment amélioré par des applications révulsives le long de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium à l'intérieur.

6° Il incombe à l'hygiène publique et sociale de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

III. — A l'occasion de la communication de M. Proust, l'auteur rappelle une épidémie survenue en 1867, à Rouen, sur les chevaux d'une compagnie d'omnibus à qui l'on avait essayé de donner de la gesse chiche ou jarosse mélangée à l'avoine. Sur 45 chevaux soumis à ce régime, dans les proportions de 1 litre et 2 par jour, 29 ont été atteints d'accidents de paralysie lombaire ou laryngée, le plus souvent coïncidant ensemble. Sur ces 29, 9 sont morts soit de paralysie, soit de cornage ayant déterminé l'asphyxie; 20 ont dû être trachéotomisés pour être utilisés à leur service.

Pendant ce temps, rien de pareil n'apparaissait sur les 150 chevaux témoins qui avaient continué à être nourris avec leur ration ordinaire.

Ce fait n'est du reste pas isolé, et il ne manque pas d'exemples qui prouvent que la gesse chiche renferme un principe toxique exerçant plus particulièrement son action sur la moelle épinière.

M. Bouley se demande s'il n'y aurait pas lieu de faire l'essai du lathyrus dans le traitement de la rage. En effet, la rage a son siège dans le système nerveux central, qui constitue pour le microbe de cette maladie le milieu de culture le plus favorable à son développement. Qui sait si le principe actif du *lathyrus cicera* ne pourrait pas être l'*incompatible* de la rage, en rendant le système nerveux central impropre à sa culture ?

IV. — Frappé de l'analogie que présentent les symptômes du lathyrisme décrits par M. Proust avec ceux du *béribéri paralytique*, M. Le Roy de Méricourt pense que, pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangereuse des graines de lathyrus dans l'alimentation, il faudrait, comme on l'a fait pour l'ergotine, isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir; instituer des expériences à l'aide de ce principe isolé sur les animaux supérieurs, mais surtout soumettre des animaux à l'usage

alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée. Les expériences par les injections du principe toxique placent les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action de graines entières ingérées par la méthode alimentaire. L'auteur ajoute qu'on devrait rechercher, dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de béri-béri et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents attribués à l'usage alimentaire des graines de lathyrus, si ses graines ne font pas partie de l'alimentation; et, en tous cas, dans les lieux où les deux maladies séviraient, établir le diagnostic différentiel.

V. — Lanfranchi, 17 ans, de la province de Parme, s'est nourri pendant longtemps avec un pain fait de farine de *lathyrus cicera* et de farine de froment. Sa maladie a commencé, dans l'automne de 1882, par des vertiges, des tintements d'oreilles, de la sensation de vide dans la tête; au mois de novembre, il eut du tremblement des membres supérieurs, s'exagérant dans les différents actes de préhension des objets. Il tomba un jour d'un arbre, saisi par un vertige subit. Quelques semaines après cet accident, il commence à ressentir de la pesanteur dans les jambes, des douleurs vagues, des secousses, des fourmillements, de la sensation de froid. La faiblesse est bientôt telle qu'il ne peut se tenir debout ni marcher sans un appui : les membres semblent adhérer au sol. L'obscurité augmente ces troubles qui sont surtout accusés dans la jambe gauche. Il se présente bientôt après à la Clinique de Parme : on trouve alors les muscles adducteurs et fléchisseurs des membres inférieurs durs et contractés, surtout à droite. La marche est incertaine, vacillante; les pieds se soulèvent difficilement, les mouvements naturels de la marche sont troublés par des contractions incohérentes; les membres s'accrochent quelquefois, un appui devient nécessaire. Le malade est obligé de fixer la terre constamment en marchant : si l'on ferme les yeux, la marche devient beaucoup plus difficile; l'action de se retourner est impossible sans un appui. L'incoordination augmente quand il s'agit de monter ou de descendre un escalier; les réflexes sont exagérés. On provoque facilement chez lui des contractions spasmodiques violentes. La sensibilité est intacte. L'examen du sang et des urines n'offre rien de particulier.

La deuxième observation concerne le frère du précédent malade, âgé de 11 ans, qui a été soumis au même régime, et chez lequel se sont produits des accidents à peu près semblables. Tous deux ont mangé non seulement le pain fait avec le lathyrus, mais ils ont mangé ce légume vert pendant l'été. On n'a relevé dans leur histoire aucun antécédent de maladies nerveuses. Chez ces deux malades, c'est avant tout le spasme des muscles antagonistes qui faisait s'opposer à l'exécution des mouvements; chez tous deux, les réflexes tendineux sont exagérés.

Ils étaient employés tous deux dans une ferme où d'autres personnes plus âgées étaient nourries au même régime, sans inconvénient pour leur santé.

L'auteur croit que le jeune âge exerce une véritable influence sur le développement du lathyrisme. Il épargnerait les tout jeunes enfants, les adultes et les vieillards, pour atteindre les jeunes gens et les adolescents. Le traitement hydrothérapique et électrique ne paraît pas avoir beaucoup modifié la situation des deux malades; l'amélioration légère qu'on a constatée chez eux, après trois mois de séjour à l'hôpital, serait due au changement de régime. F. BALZER.

VI. — L'auteur repousse le rapprochement qu'ont voulu faire divers auteurs du lathyrisme et du béri-beri, et persiste à croire qu'il s'agit de deux maladies distinctes. Il montre qu'en s'appuyant simplement sur l'étude de la paraplégie, la distinction s'impose. Dans le lathyrisme, la

jambe est raidie en extension; les orteils fléchis heurtent les aspérités du chemin, il y a des saccades convulsives du mollet, la pointe du pied est dirigée en bas, le dos des orteils est souvent excorié, les réflexes tendineux sont exagérés; il n'y a ni amyothrophie ni troubles trophiques apparents. Dans le béribéri, les membres inférieurs sont affectés d'une laxité particulière, la marche est mal assurée, les genoux fléchissent, le réflexe rotulien est normal ou aboli; il y a toujours un certain degré d'atrophie musculaire, la peau dans les cas accusés est sèche, rugueuse, couverte de fissures. H. LEROUX.

Affection der Nasenhöhle bei Kalibichromatarbeiter (Maladies des fosses nasales chez les ouvriers travaillant le bichromate de potasse, par A. GAY (*Medizinskiy Wjestnik et Petersburger med. Wochenschrift*, n° 15, 1883).

L'auteur a examiné 30 ouvriers appartenant à deux fabriques; dans l'une on préparait de l'acide sulfurique, de l'alun et du bichromate, dans l'autre de l'acide et de l'alun seulement. La maladie n'a été constatée que chez les ouvriers appartenant à la première. En 10 heures, il se produit une légère angine avec coryza, puis, de chaque côté de la cloison, on voit survenir en deux ou trois jours une ulcération bientôt remplacée par une perforation pouvant détruire toute la partie antérieure du vomer. La douleur manque et le nez n'est pas déformé extérieurement. Le siège de la maladie s'explique par l'accumulation de la poussière à cet endroit ; la démangeaison produit du grattage et amène l'ulcération. On commencera dans chaque cas par éliminer la syphilis. R. CALMETTES

Der Zinngehalt der in verzinnten Conservebüchsen aufbewahrten Nahrungs und seine hygienische Bedeutung (L'étain des aliments et boissons renfermés dans des boites de conserve étamées, envisagé au point de vue de l'hygiène), par E. UNGAR et G. BODLÄNDER (*Bonn*, 1883).

White (*R. S. M.*, XVII, 488) a montré, par quelques expériences, la toxicité de certains composés stanniques, dénués de toutes propriétés caustiques.

D'autre part, A. Wagner, Lœbisch (*Wiener medicinische Presse* 1882, n°s 48 à 52), Hall, etc., ont fait voir que l'étain, même pur, est facilement attaqué par des acides étendus, minéraux ou organiques, par des sels ou des alcalis, voire aussi par le vin.

Enfin, Menke (*Chemical News*, juillet 1878) et Hehner (*The Analyst*, décembre 1880), ont constaté la présence de ce métal dans les substances alimentaires contenues dans des boites de conserves étamées.

Il ne restait qu'un point douteux : c'est l'absorption de l'étain par la muqueuse digestive.

Ungar et Bodländer ont abordé l'étude de cette question dans les circonstances suivantes :

Deux personnes ayant mangé des asperges en boîte, furent prises le lendemain de troubles gastro-intestinaux. Wachendorff, ayant soumis la boîte à l'analyse chimique, reconnut qu'à part les soudures qui étaient toutes extérieures, on ne pouvait incriminer ni plomb, ni arsenic, ni antimoine. En revanche, les asperges contenaient de l'étain.

Etendant ces recherches, Ungar et Bodländer ont examiné des boîtes d'asperges, d'abricots et de fraises provenant de différentes fabriques de conserves alimentaires. Dans tous ces aliments, ils ont décélé l'existence d'une certaine proportion d'étain, variant de 0gr,0175 pour les fraises à 0gr,0269 0/0 dans les asperges. Tout l'étain était dans les asperges, la saumure n'en offrait aucune trace. Sauf dans une boîte récemment remplie, les asperges placées contre les parois ne présentaient pas une plus forte proportion de métal que les autres.

Mais les auteurs n'ont pas réussi à découvrir sous quelle forme cet étain existait. Ils se sont assurés cependant qu'il s'agissait d'une combinaison peu soluble, que les asperges ne cédaient point lorsqu'on les traitait par le chlorure de sodium et le vinaigre, ainsi qu'on a l'habitude de le faire en art culinaire.

Les expérimentateurs ont retrouvé ce métal dans l'urine, le foie, les reins, la rate, le pancréas, les ganglions mésentériques, le cœur, les muscles, le cerveau et la moelle de chiens et de lapins nourris pendant quelques jours avec des asperges en boîte ; seuls le sang et les poumons n'en renfermaient point.

De plus, Bodländer s'étant soumis durant 3 jours, sans inconvénient aucun, à un régime semblable, ses urines éliminent de l'étain.

Ungar et Bodländer regardent comme un fait acquis que l'usage journalier d'aliments contenant une petite proportion d'étain, quelque faible qu'elle soit, ne saurait être indifférent pour la santé. Si jusqu'ici on n'a pas publié d'accidents reconnaissant cette origine, c'est sans nul doute qu'on les a mis exclusivement sur le compte du plomb dont les effets sont analogues.

J. B.

I. Bleiintoxicationen (Saturnisme des tisseurs), par SCHÜLER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 7, p. 171, 1er avril 1884*).

II. — Un cas intéressant d'intoxication saturnine, par BRAUN (*Annales d'hygiène publique, octobre 1883*).

III. — Rapport médico-légal sur le cosmétique Delacour, par P. BROUARDEL (*Ibidem, IX, p. 163, février 1883*).

IV. — Les boîtes de conserves alimentaires, par SCHÜTZENBERGER et BOUTMY (*Ibidem, V, p. 209, mars 1881*).

V. — Contribution à l'étude de la colique du Poitou, considérée comme intoxication saturnine, par COUTAND (*Thèse de Paris, 1884*).

VI. — Lead and water-supply, par Thos. STEVENSON (*Sanitary Record, n° 302, p. 201, novembre 1882*).

VII. — Étude sur les eaux potables et le plomb, par A. HAMON (*Brochure, Paris, 1884*).

VIII. — Accidents produits par l'usage de viandes cuites sur des braises toxiques provenant de la combustion de vieux bois peints à la céruse, par MASSE (*Revue sanitaire de Bordeaux, 10 avril 1884*).

I. — En deux mois, dans un village du canton de Zurich, on a signalé 9 cas de saturnisme grave dont un mortel et un très grand nombre d'accidents légers de même nature ; dans un établissement, 13 ouvriers sur 14

étaient intoxiqués. Il s'agissait d'ouvriers de métiers à bras à la Jacquart. En dehors des tisseurs, il n'y eut qu'une femme atteinte; elle travaillait au-dessous d'un atelier de tissage.

Chaque métier supporte plusieurs milliers de cylindres en plomb pesant une dizaine de grammes. Ces petits poids, appendus aux maillons, sont sans cesse en mouvement et frottent les uns contre les autres. Il en résulte une abondante poussière qui s'amoncèle en partie sur le sol, en partie sur les poutres du plafond et les tuyaux de chauffage.

L'analyse a fait constater jusqu'à 56,86 0/0 de plomb métallique dans le dépôt pulvérulent amoncelé sur le plancher de l'atelier, et 9,84 dans les poussières déposées à la surface des tuyaux de chauffe.

Beaucoup de tisseurs avaient le liséré gingival.

II. — Comptable de maison de banque ayant eu 3 attaques de coliques saturnines dont la dernière s'accompagna de convulsions, de délire, de tentative de suicide et de paralysie persistante des extenseurs. Cet homme qui avait un liséré gingival, avait la manie de mâcher les grains de plomb servant à décrasser sa plume.

III. — Le cosmétique Delacour est un remède secret destiné à guérir les gerçures des seins chez les nourrices ; sa substance active est l'acétate de plomb. Il contient en outre une certaine quantité d'acide acétique libre et de la dextrine qui a pour but d'augmenter la consistance du médicament.

Une analyse de Roussin faite en 1873 à l'occasion de poursuites a montré que ce prétendu cosmétique renfermait 19gr,22 de plomb par litre ; celle de Girard, pratiquée en 1881, n'y a plus révélé que 8gr,05 de plomb.

On l'emploie de la manière suivante : Chaque fois que l'on vient de donner à téter, on badigeonne avec un pinceau les crevasses, puis on recouvre les mamelons avec un bout en étain. 1 gramme de liqueur est nécessaire pour badigeonner les deux mamelons. Lorsque l'enfant redemande à téter, on essuie simplement le sein. Le bout de sein appliqué contenant lui-même du plomb, il y a formation sur place d'un lactate, nouvelle source d'intoxication.

Alors même que le cosmétique Delacour ne présenterait jamais de plus fortes proportions de plomb que celles trouvées par Girard, à chaque tétée, un enfant pourrait prendre 0,008 de plomb, soit 10 centigrammes en 24 heures.

Les troubles digestifs étant communs à cet âge, on conçoit combien il serait difficile de reconnaître une de ces intoxications chroniques.

IV. — Schutzenberger et Boutmy ont été appelés à analyser les boîtes de conserves de bœuf fournies pour la marine, aux arsenaux de Toulon, Cherbourg et Rochefort.

Toutes ces boîtes étaient recouvertes d'un enduit au minium qu'ils ont enlevé avec une solution de potasse caustique avant de procéder à l'analyse de l'étamage, faite de la façon suivante :

Chaque boîte est découpée en carrés de 1 centimètre de côté. 2 grammes de ces carrés sont attaqués séparément à une douce chaleur par l'acide chlorhydrique pur. Une fois la dissolution complète, on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré. Il se forme un précipité noir composé des 3 sulfures de plomb, d'étain et de cuivre. On le

recueille sur un filtre, le lave à l'eau, puis le traite par le sulfhydrate d'ammoniaque qui dissout le sulfure d'étain. On décompose par l'acide chlorhydrique faible la solution de ce dernier qui, recueillie sur un filtre lavé à l'eau distillée et calcinée, laisse pour résidu de l'oxyde d'étain pur dont le poids permet de calculer celui de l'étain métallique existant dans l'étamage.

Quant au plomb et au cuivre, demeurés insolubles après le traitement par le sulfhydrate d'ammoniaque, on les transforme en sulfates qu'on sépare par un lavage ménagé, à l'eau distillée.

Le sulfate de plomb pesé après calcination donne le poids du plomb.

Le sulfate de cuivre chauffé avec un excès de soufre dans un courant d'hydrogène est converti en protosulfure dont le poids conduit à celui du cuivre.

Dans les 16 boîtes analysées, l'étain était plus ou moins plombifère.

Les experts se sont ensuite assurés si la viande avait emprunté du plomb aux parois des boîtes. Ils ont détaché la couche de viande immédiatement en contact avec l'étamage pour l'analyser après destruction de l'élément organique. Ils sont arrivés au résultat suivant :

Toutes les viandes contenaient dans la partie en contact avec la boîte, des quantités de plomb variant entre 8 et 148 milligrammes pour 100 grammes de viande. On ne peut affirmer que ce plomb provient uniquement de l'étamage, car la soudure en renfermait aussi.

Nous renvoyons à l'original pour tous les détails de chiffres offerts par les analyses.

V. — Cette thèse contient la relation de 7 intoxications saturnines causées par du vin.

Dans le premier cas, il s'agit de deux paysans ayant le liséré gingival et la colique pour avoir bu du vin blanc tiré dans un seau peint intérieurement à la céruse.

Dans les cinq autres cas, le liséré et les coliques (accompagnés d'une paralysie des extenseurs chez le premier malade de cette série) étaient dus à une coutume très ancienne et très répandue dans le Saumurois et le Poitou. Les campagnards emportent aux champs un petit baril rempli de vin blanc dans lequel ils mettent quelques balles de plomb pour empêcher la fermentation acétique du liquide.

Il n'y a d'ailleurs d'individus intoxiqués que ceux qui négligent de laver chaque soir leur baril et d'en renouveler le vin.

VI. — Des accidents imputés à des conduites d'eau potable en plomb, ont donné lieu dans le comté d'York, à deux enquêtes.

A Huddersfield, un habitant eut, entre autres symptômes de saturnisme, des coliques et une paralysie des extenseurs des poignets. Soumis à un traitement approprié, il recouvra partiellement l'usage de ses mains, mais un an après le début de ces accidents, il était encore incapable de s'habiller seul.

L'eau de la ville, remarquable par sa pureté, avait une réaction acide et attaquait les conduites. L'analyse de plusieurs échantillons d'eau prise dans la maison du malade et pratiquée par divers chimistes y révéla des proportions de plomb oscillant entre un centième et quatre-vingt-quatre centièmes de grain par gallon d'eau.

A Keighley, un homme de 42 ans, succombait après des troubles morbides

que les deux médecins traitants rapportèrent à un empoisonnement saturnin. Cet homme avait l'habitude chaque matin, en se levant, de boire un verre d'eau qu'il tirait lui-même au robinet de la conduite.

2 ans auparavant, il avait offert un liséré gingival et des coliques. Au printemps de cette année-ci, il eut de la dyspepsie et de l'insomnie qui disparurent à la suite d'un changement d'air, mais recommencèrent dès qu'il rentra chez lui. En août, l'état du malade s'aggrava : constipation opiniâtre, céphalalgie, paroxysmes de dyspepsie, vomissements répétés, alternance de coliques et de convulsions, délire, température subnormale (36,5) ; albuminurie. Liséré gingival qui disparut 3 jours avant la mort, à la suite d'administration d'iodure de potassium durant une huitaine de jours ; légère parésie des extenseurs du poignet.

Coma terminal 12 heures avant la mort arrivée le 26 août.

Autopsie 57 heures après le décès : dégénérescence granuleuse des reins, pas assez avancée pour expliquer la terminaison fatale ; hypertrophie du cœur avec insuffisance mitrale.

Pas de plomb ni dans le cerveau ni dans le cœur ; traces douteuses de ce métal dans les reins. La rate et le foie réunis en contiennent un quart de grain.

VII. — Ardent plaidoyer contre l'emploi des tuyaux de plomb pour la distribution des eaux potables. Hamon a réuni la plupart des témoignages à charge et va même jusqu'à se demander si l'épilepsie congénitale n'est pas due à un empoisonnement saturnin de l'enfant et si l'aggravation de mortalité de la fièvre typhoïde à Paris ne tient pas à ce qu'on a confondu des cas d'intoxication plombique avec cette maladie. La rareté de la fièvre typhoïde dans les campagnes pourrait aussi s'expliquer par ce que la plupart du temps les paysans retirent directement l'eau des puits sans se servir de pompes.

VIII. — Masse relate 2 cas d'intoxication saturnine survenus chez le mari et la femme et présentant des caractères analogues : coliques, douleurs erratiques, pâleur terreuse, liséré gingival. Les accidents se sont déclarés 15 jours ou 3 semaines après que ce ménage commença à se servir de vieux bois peint à la céruse pour se chauffer et cuire les aliments.

Masse a eu recours au traitement préconisé par Picot contre la colique de plomb : vingt centigrammes d'extrait de belladone en 4 pilules à demi-heure d'intervalle les unes des autres ; puis administration de deux gouttes d'huile de croton de demi-heure en demi-heure.

Généralement cette médication a des résultats merveilleux : en 4 heures les malades sont le plus souvent débarrassés de leurs accidents aigus.

L'intoxication saturnine résultant de la combustion de vieilles boiseries peintes a été signalée dès 1866 par Marmisse. Ce médecin avait observé des coliques, une paralysie des extenseurs et des arthralgies sur le concierge du cimetière et sur sa femme qui brûlaient comme combustible les débris de vieilles croix et de barrières de tombes, peintes en blanc. Dans la suie de leur cheminée, il retrouva du plomb.

Masse a étudié les phénomènes de la combustion des bois peints à la céruse. Sous l'influence de la chaleur, la céruse se réduit en plomb métallique qui à son tour se volatilise et se transforme soit en litharge, soit en carbonate de plomb, lesquels s'élèvent dans l'air avec les autres produits de la combustion.

Les deux mêmes composés plombiques se dégagent également de la braise provenant de la combustion de ces vieux bois à la céruse.

Enfin la viande qu'on fait rôtir au-dessus de cette braise, contient du plomb. (*R. S. M.*, XI, 117.) J. B.

I. — Du salicylage des substances alimentaires. Rapport au comité consultatif d'hygiène de France, par DUBRISAY (*7 août* 1882 ; *Revue d'hyg. et police sanit., octobre et novembre* 1882).

II. — Salicylage des substances alimentaires, par P. BROUARDEL (*Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène, XIII, p.* 137, *Paris* 1883).

III. — Plâtrage et déplâtrage des vins, par P. CARLES (*Annales d'hygiène publique, janvier* 1883).

IV. — Du déplâtrage des vins au point de vue de l'hygiène, par BLAREZ (*Revue d'hyg. et police sanit., IV, p.* 650, *août* 1882).

V. — De l'emploi inconsidéré des réactifs pour la recherche de la fraude dans les vins (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, n°* 9, *p.* 74, 10 *avril* 1884).

VI. — The adulteration of beer (*Sanitary Record. n°* 302, *p.* 229, *novembre* 1882).

VII. — Magnesia in beer (*Idem, n°* 312, *p.* 124, *septembre* 1883).

VIII. — Les pompes à bière de l'Exposition d'hygiène de Berlin, par VILLARET (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 49, *p.* 768, 3 *décembre* 1883).

I et II. — Depuis la circulaire ministérielle du 7 février 1881 (*R. S. M.*, XXI, 533) les protestations des commerçants ont ramené déjà deux fois la question du salicylage des substances alimentaires devant le comité consultatif. Il est curieux toutefois de signaler que les organes les plus autorisés (chambre syndicale et syndicat général), des marchands de vin et des brasseurs se sont déclarés partisans de l'interdiction du salicylage des liquides, après avoir reconnu expérimentalement qu'à doses minimes l'acide salicylique ne jouit que de propriétés antifermentescibles trop faibles pour le but désiré. D'autre part ils ont constaté qu'à hautes doses l'acide évite bien la fermentation acide des vins, mais ne les empêche pas de subir les effets de l'oxygène de l'air, de sorte que les vins n'en valent pas mieux.

Dubrisay déclarait qu'il n'y avait pas lieu de fixer la dose maximum d'acide salicylique au-dessous de laquelle l'emploi de cet acide serait indiqué, d'une part parce que l'innocuité des doses les plus minimes administrées d'une manière continue n'a pas été démontrée, d'autre part parce que dans l'état actuel de la science il n'existait pas de procédé d'analyse d'une application facile et générale, à l'aide duquel on puisse doser d'une manière précise l'acide salicylique dans toutes les substances alimentaires solides ou liquides.

Sur ces entrefaites, un rapport de Grimaux (27 novembre 1882) affirmait la possibilité du dosage de l'acide salicylique par le procédé Pellet et Rémond. Les négociants en vin n'ont pas manqué cette occasion de demander qu'on levât l'interdiction mise sur le salicylage.

Mais Brouardel fait remarquer que le comité consultatif a réclamé la prohibition par des arguments d'ordre purement hygiénique, parce qu'il

a pensé que l'introduction de cet acide peut avoir sur la santé des consommateurs des conséquences fâcheuses. La difficulté de son dosage n'a été invoquée qu'à titre accessoire. Il conclut ainsi :

Pour les personnes dont le rein ou le foie a subi une altération, soit par les progrès de l'âge, soit par une dégénérescence quelconque, l'ingestion journalière d'une dose d'acide salicylique, quelque faible qu'elle soit, est certainement dangereuse.

III et IV. — Pour se mettre en règle avec la dose légale maxima de sulfate de potasse tolérée (2 grammes par litre de vin), les industriels bordelais ont imaginé d'enlever l'excès de potasse soit au moyen de chlorure de baryum, ce qui a pour résultat de substituer du chlorure de potassium en dissolution, au sulfate existant dans le vin plâtré, soit au moyen d'hydrate de baryte et d'acide tartrique, procédé dont l'effet est de régénérer la crème de tartre naturelle du vin.

Dans l'un et l'autre cas, l'acide sulfurique se précipite à l'état de sulfate de baryum, sel insoluble qui se dépose après être resté longtemps en suspension.

Mais il peut arriver que la dose de chlorure de baryum ajoutée au vin soit trop forte et que l'excès de sel de baryte subsiste définitivement en dissolution dans le vin.

Donc si le plâtrage des vins est une mauvaise chose au point de vue de la santé publique, le déplâtrage l'est encore davantage parce que le vin déplâtré peut contenir soit des sels de baryte toxiques, soit du chlorure de potassium qu'on ne pourrait prendre impunément d'une façon suivie.

V. — La Société de pharmacie de Bordeaux exprime l'avis que le public s'exagère quotidiennement les fraudes commises sur les vins (plâtrage, coloration artificielle), en usant d'une façon inconsidérée de prétendus réactifs infaillibles. Ainsi, pour reconnaître la présence du plâtre dans un vin, on recourt au chlorure de baryum. Mais tout vin pur renfermant des sulfates doit précipiter par le baryum, ce n'est qu'affaire de temps et de proportion. Bien plus l'absence de tout précipité serait un indice sérieux de fraude.

D'autre part, quand il s'agit de déceler des vins colorés artificiellement, aucun réactif pris isolément n'est infaillible ; il faut un ensemble de réactions auxquelles seules des mains expertes peuvent se livrer.

VI. — Trois débitants anglais ont été condamnés à de fortes amendes pour avoir ajouté à leur bière, au lieu de malt, une liqueur de sucre non raffiné.

VII. — En Angleterre, les sels de magnésie tendent de plus en plus à remplacer les sels de chaux, comme agents d'adultération pour la bière. On trouve dans le commerce différents composés magnésiens désignés par de simples lettres de l'alphabet.

La magnésie a sur la chaux un double avantage ; elle n'est pas âpre au goût et est un peu amère, ce qui permet d'économiser le houblon.

Une mixture de sel d'Epsom et de sulfate de soude est vendue spécialement dans le but de modifier l'eau pour produire de l'ale de Burton.

VIII. — On a vivement critiqué les appareils à pression pour débiter la bière (*R. S. M.*, XIX, 113) et cela parce qu'on n'avait mis aucun soin à choisir de l'air pur, le prenant dans des caves, dans des cours mal

ventilées ou même dans des urinoirs. La réaction est devenue tellement vive qu'aucun des appareils présentés à l'exposition d'hygiène de Berlin n'avait de pompe pour condenser l'air.

Mücke comprime l'air au moyen de la pression hydrostatique.

Alisch se sert de l'acide carbonique liquéfié contenu dans un cylindre de fer. En sortant de ce cylindre, au fur et à mesure des besoins, l'acide carbonique revient à l'état gazeux.

Un autre inconvénient reproché aux appareils à pression était l'encrassement de leurs conduites. L'intercalation d'un segment de tube en verre n'y remédie qu'incomplètement parce que sur les parois du verre les dépôts ne se forment pas aussi rapidement que sur celles des tubes métalliques.

Cette impossibilité de contrôler sûrement l'état de propreté des conduites engagea la préfecture de police de Berlin à prescrire le nettoyage des tubes à la vapeur, à époques fixes.

Un dispositif de l'ingénieur G. Brandt a pour but de rendre inutile cette mesure très incommode pour les débitants. Ce robinet de contrôle, scellé par l'administration, repose sur le principe suivant :

Un tronçon de la paroi du tube d'étain est à volonté amovible, en glissant sur des coulisses. Un demi-tour de robinet amène au dehors cette portion de la paroi interne pour en permettre l'examen, et en même temps un segment de tuyau approprié vient la remplacer, de façon à ne pas interrompre le fonctionnement de l'appareil. J. B.

I. — Das Verhalten der Muttermilch gegen verdünnte Säuren, par Emil PFEIFFER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 44, *p.* 666, 30 *octobre* 1882).

II. — Ueber die Fütterung des Milchviehs mit Brennereirückständen, spec. Schlempe (Mauvaise qualité de lait des vaches nourries avec les résidus de la distillation des mélasses), par DEMME (*Ibid.*, *n°* 46, *p.* 707, 13 *novembre* 1882).

III. — Die quantitative Bestimmung des Fettes in der Muttermilch, par Emil PFEIFFER (*Ibid.*, 27 *novembre* 1882).

IV. — Tabelle über vergleichende Eiweiss-und Fettbestimmungen in 53 verschiedenen Muttermilchproben, par Emil PFEIFFER (*Ibid.*, 5 *mars* 1883).

V. — Étude comparée sur le lait de femme, de l'ânesse, de la vache et de la chèvre, par FÈRY (In-8°, *Paris*, 1884).

VI. — Beobachtungen über die Menge der abgesonderten Milch und über die Schwankungen derselben (Oscillations de la sécrétion lactée chez la femme), par Emil PFEIFFER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 11, *p.* 158, 12 *mars* 1883).

I. — Biedert (Untersuchungen über die chemischen Unterschiede der Menschen, und Kuhmilch. *Thèse inaugurale*, Giessen, 1869) assure que le lait de femme se distingue essentiellement du lait de vache, en ce qu'à l'état frais et à la température ordinaire il n'offre aucune trace de coagulation lorsqu'on le traite par des acides concentrés ou étendus.

Or, les expériences de Pfeiffer lui ont montré que les acides chlorhydrique ou acétique dilués caillent le lait de femme le plus frais, pourvu

qu'on élève un peu la température. Seulement la quantité d'acide nécessaire varie pour chaque lait, ce qui explique les résultats négatifs de Biedert qui ajoutait toujours une même quantité d'acide à une même quantité de lait.

On peut dépasser légèrement la proportion d'acide nécessaire sans faire manquer l'expérience ; mais dès que l'excès d'acide devient un peu considérable, le lait ne se coagule plus.

Pfeiffer a répété ces expériences sur plusieurs centaines d'échantillons de lait, et à toutes les périodes de la lactation, sans rencontrer de lait réfractaire à la coagulation.

Le lait de vache frais se comporte tout à fait de même, mais ses caillots sont beaucoup plus compacts.

Le résultat des expériences de Pfeiffer n'est pas sans importance en ce qui concerne les méthodes d'analyse du lait de femme. Cela permettra l'emploi du procédé d'Hoppe-Seyler pour le dosage des substances albuminoïdes et l'évaluation approximative de la proportion de caséine, au moyen de la quantité d'acide reconnue nécessaire pour la coagulation.

II. — Quand l'hiver, on nourrit exclusivement les vaches avec des résidus de distillerie, leur lait prend une odeur âcre, une saveur empyreumatique, en même temps que ses éléments salins subissent des modifications. Généralement, les vaches ainsi alimentées finissent par tomber malades, offrant de la stomatite et un catarrhe gastro-intestinal. Alors leur lait devient nuisible pour les enfants.

Pour élucider ce dernier point, Demme a fait trois séries d'observations parallèles sur autant de groupes de 25 nourrissons, dont les uns recevaient du lait de vaches qui mangeaient du foin, les seconds du lait de vache nourries d'herbe verte, les derniers du lait de bêtes exclusivement alimentées avec des résidus de mélasses.

Les 25 nourrissons du deuxième groupe (lait d'herbe verte) ont présenté quelques troubles sans importance.

Les accidents ont été beaucoup plus sérieux chez les enfants du troisième groupe (lait de résidus de distillation). 5 d'entre eux, notamment, ont eu de la stomatite érythémateuse et un catarrhe gastro-intestinal aigu, auquel ils ont rapidement succombé.

Les troubles morbides n'offraient rien de spécifique.

Dans la discussion, *Ehrenhaus* déclare qu'il lui est souvent arrivé d'examiner, dans les étables mêmes, immédiatement après la traite, le lait des vaches nourries avec des résidus de distillation des mélasses. Or, il a toujours trouvé à ce lait une réaction acide.

III. — Pfeiffer a expérimenté comparativement les différents procédés indiqués pour doser le beurre dans le lait de femme : méthodes de précipitation avec filtration, de dessiccation, d'Hoppe-Seyler (addition de soude caustique) et lactobutyromètre.

Il est arrivé à ce résultat qu'on n'obtient de chiffres concordants qu'en recourant à l'un des trois procédés basés sur la formation d'un précipité renfermant toutes les matières grasses, précipité qu'on recueille sur un filtre et dont on extrait ensuite la graisse par l'éther. On dose alors le beurre soit par la perte en poids du filtre après l'extraction, soit directement en évaporant l'éther.

La précipitation des matières albuminoïdes peut être effectuée soit par

le tannin, soit par l'acide chlorhydrique étendu, soit par l'alcool à volume égal, ce qui vaut mieux.

En définitive, la méthode de dosage du beurre dans le lait de femme que Pfeiffer trouve la meilleure est la suivante :

Précipitation d'une quantité exactement connue de lait par un égal volume d'alcool absolu ; récolte du précipité (sans lavages) sur un double filtre taré ; extraction, après dessiccation du filtre, par l'éther, au moyen d'un appareil de Soxhlet.

Quant au lactobutyromètre construit par Desaga sur les indications de Conrad, il ne donne des résultats satisfaisants que quand la proportion de beurre ne dépasse pas 2 ou 3 0/0. Dès que le lait de femme en contient moins ou davantage, cet instrument devient insuffisant.

IV. — Pfeiffer a analysé 53 échantillons de lait empruntés à 6 femmes, toutes excellentes nourrices, ayant eu plus ou moins d'accouchements antérieurs. L'âge de ces femmes variait de 23 à 36 ans ; celui de leurs nourrissons de 2 à 7 mois.

La moyenne du dosage de la caséine a fourni le chiffre assez faible de 1,254 0/0 parties en poids du lait. J. B.

V. — Des nombreuses recherches de l'auteur, on peut obtenir la composition moyenne indiquée plus bas pour un litre de lait :

	Femme.	Anesse.	Vache.	Chèvre.
Densité.....	1033.50	1032.10	1033.40	1033.85
Eau.....	900.10	914	910	869
Extrait sec....	133.40	118.10	123.32	164.34
Beurre.....	43.43	30.10	34	60.68
Sucre.....	76.14	69.30	52.16	48.56
Caséine.....	10.52	12.30	28.12	44.27
Sels.....	2.14	4.50	6	9.10

L'auteur croit que la présence de l'albumine dans le lait est des plus douteuses.

Cette analyse donne une fois de plus la démonstration de ce fait que si le lait de l'ânesse se rapproche beaucoup quant à la composition chimique du lait de femme, il en diffère néanmoins beaucoup. Il contient moins de sucre, moins de beurre, plus d'eau, de caséine et de sels. Le lait de chèvre s'éloigne beaucoup du lait de femme; il ne semble devoir être supporté que par des enfants robustes. PORAK.

VI. — Pfeiffer a pu étudier la marche de la sécrétion lactée chez la femme dans les conditions suivantes :

La femme d'un médecin, jouissant d'une constitution robuste et d'une santé excellente avait l'habitude d'allaiter ses enfants. Son troisième enfant ne prenant pas bien le sein, elle se décida à pomper le lait de ses deux mamelles jusqu'à la dernière goutte afin de le donner à boire à son nourrisson. Sur la demande de Pfeiffer, le lait pompé fut chaque fois mesuré dans un vase gradué.

Cette mère contente des résultats de ce mode d'allaitement (contrôlés par des pesages réguliers de l'enfant) n'essaya pas de donner le sein à son quatrième enfant qui fut dès l'origine nourri comme son frère.

D'où deux séries d'observations : la première s'étendant de la 18e à la 23e semaine de la lactation, et la seconde allant de la 4e à la 37e semaine. Voici les chiffres représentant la quantité journalière moyenne de

lait sécrété. On les rapprochera avec intérêt de ceux recueillis par Haehner (*R. S. M.*, XVI, 583) par une méthode différente.

1. —	18e	semaine	1031	cent. cub.	21e	semaine	—	1066	cent. cub.
	19e	—	1194	—	22e	—	—	1041	—
	20e	—	1284	—	23e	—	—	1045	—
2. —	4e	—	705	—	21e	—	—	1118	—
	5e	—	781	—	22e	—	—	1104	—
	6e	—	886	—	23e	—	—	1076	—
	7e	—	956	—	24e	—	—	1106	—
	8e	—	1001	—	25e	—	—	1089	—
	9e	—	1025	—	26e	—	—	1089	—
	10e	—	1081	—	27e	—	—	1029	—
	11e	—	1057	—	28e	—	—	1029	—
	12e	—	1110	—	29e	—	—	1041	—
	13e	—	1139	—	30e	—	(Retour des règles)	753	—
	14e	—	1157	—	31e	—	—	714	—
	15e	—	1148	—	32e	—	—	635	—
	16e	—	1135	—	33e	—	—	563	—
	17e	—	1126	—	34e	—	(2e époque menstruelle)	400	—
	18e	—	1150	—	35e	—	—	269	—
	19e	—	1155	—	36e	—	—	164	—
	20e	—	1143	—	37e	—	—	105	—

Les quantités maximum de lait sécrétées dans une journée ont été de 1210 centimètres cubes à la fin de la 18e semaine et de 1205 au milieu de la 20e semaine.

Ces tableaux de chiffres suscitent quelques remarques intéressantes :

D'abord, il est remarquable que dans la deuxième observation surtout, où l'enfant n'a jamais été mis au sein, la sécrétion lactée se soit continuée au delà de 9 mois. C'est un fait à retenir en pratique.

Si quelque conformation vicieuse ou quelque lésion du mamelon empêche seul l'enfant de têter, avant de renoncer à lui donner du lait de femme, on devra essayer de traire les seins.

L'une et l'autre série d'observations s'accordent ensuite à montrer que chez la femme, la sécrétion lactée augmente d'une façon continue, depuis l'accouchement jusqu'à la 18e ou 20e semaine. A partir de cette époque, elle commence à diminuer progressivement.

La sécrétion lactée est la plus abondante au début de la journée.

La seconde observation prouve nettement l'influence de la menstruation. Avec le retour des règles, se produit une diminution de la sécrétion lactée s'élevant en moyenne à 300 grammes par jour. Il y a donc nécessité de peser les enfants allaités par des femmes menstruées.

Toutefois, il y a lieu d'établir une distinction entre les nourrices chez lesquelles la réapparition des règles est très précoce et celles dont la menstruation ne revient que vers la fin de la période de lactation.

Les nourrissons des premières ne souffrent que passagèrement dans leur développement. En effet, ils augmentent moins ou même diminuent de poids un peu avant que les règles apparaissent, mais leur poids se relève bientôt, quelquefois même avant la fin de la période menstruelle.

Pfeiffer a fait de nombreuses observations relatives à l'influence de la menstruation de la mère ou nourrice sur la santé de l'enfant. Voici comment il les résume :

Plusieurs jours avant le début des règles, les seins contiennent peu

de lait et le nourrisson a des selles rares, fermes, couleur jaune d'œuf et sans mélange de flocons, ce qui est l'indice d'une alimentation insuffisante. Au moment de l'apparition des règles, ou déjà quelques heures ou même un jour auparavant, les seins se gonflent, leur lait est plus abondant, l'enfant s'agite, crie et a des selles plus fréquentes et plus liquides, tout d'abord encore jaunes, mais mêlées de flocons, et plus tard, verdâtres et presque diarrhéiques. Pendant ce temps, le poids des enfants augmente davantage que dans la période précédente où parfois il a diminué.

Les selles verdâtres mélangées de nombreux flocons sont assez communes chez les enfants qui tètent abondamment et prospèrent. Mais lorsque les évacuations d'un nourrisson présentent brusquement ces caractères, il faut immédiatement soupçonner que la mère ou nourrice va avoir, si elle n'a déjà ses règles.

Pfeiffer cite en terminant le fait suivant propre à montrer l'influence de la congestion menstruelle sur la sécrétion mammaire. Chez une femme qui se trouvait au 6e mois d'une grossesse, se montra tout à coup une sécrétion lactée profuse, précisément le jour où les règles seraient survenues, s'il n'y avait pas eu grossesse. Le même phénomène se reproduisit toutes les quatre semaines, jusqu'à l'accouchement qui se fit à terme. J. BEX.

I. — L'épidémie de trichinose d'Emersleben, en septembre, octobre et novembre 1883, par BROUARDEL (*Bullet. de l'Ac. de Méd., T. XII, n° 52*).

II. — Étude symptomatique et anatomo-pathologique de l'épidémie de trichinose d'Emersleben, par GRANCHER (*Ibidem, T. XIII, n° 1*).

I. — L'étude de la marche de cette épidémie a amené l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Ainsi que l'ont toujours affirmé le Comité consultatif d'hygiène et l'Académie de médecine, la cuisson de la viande de porc assure au consommateur une immunité absolue contre la trichinose ;

2° Le temps qui s'écoule entre le moment où un porc trichiné est abattu et celui où sa viande est ingérée a une influence notable sur l'intensité des accidents qui peuvent résulter de sa consommation. Plus cette durée s'allonge, plus les accidents perdent de leur gravité. A Emersleben, le même hachis trichineux a déterminé la mort de 33 0/0 des individus qui en ont mangé le lendemain de la mort de l'animal. Six jours plus tard, aucun des consommateurs n'a eu d'accidents mortels ;

3° La recherche de la trichine dans la viande de porc, facile quand l'animal est entier, probante quand elle est pratiquée par des micrographes compétents, devient longue, difficile et peut rester infructueuse même pratiquée par ces micrographes, lorsqu'il n'est plus possible d'aller chercher la trichine dans ses lieux d'élection. Cette recherche est d'ailleurs inutile lorsque les habitudes des consommateurs assurent à ceux-ci par la cuisson de la viande une sécurité absolue ;

4° L'étude de l'épidémie d'Eberslèben prouve qu'on ne s'est jamais trouvé en France en présence de malades gravement atteints de trichinose. On peut conclure de là que si, à cause des habitudes culinaires des

Allemands qui mangent le porc cru, la prohibition des viandes américaines peut se justifier chez eux (ce qui est d'ailleurs fort contestable), il n'en est pas de même en France où l'habitude de cuire les viandes écarte toute espèce de danger.

II. — Lorsque l'auteur arriva sur le théâtre de l'épidémie, quarante-deux malades avaient déjà succombé, le plus grand nombre étaient guéris, quelques-uns convalescents, d'autres encore très gravement atteints. Les convalescents, très affaiblis, conservaient pour la plupart un œdème léger des membres inférieurs et revenaient à leur nourriture habituelle en mangeant d'épaisses tartines de porc cru en dépit des conseils de leurs médecins.

L'œdème des membres et du tronc était pâle, mou, gardant fortement l'empreinte du doigt, mais si considérable que par places la peau rougissait et se fendillait. Des eschares s'étaient formées dans les parties déclives et comprimées. L'examen du sang révélait une augmentation considérable des globules blancs. Les globules rouges paraissaient sains. Rien au cœur. Pas d'albuminurie.

Deux autopsies ont été pratiquées par l'auteur. A part la présence des trichines dans le tissu musculaire, elles sont assez peu satisfaisantes, car elles ne donnent pas la raison de la cachexie extrême à laquelle succombent les malades. Si les reins et le foie du premier malade étaient gras et scléreux, ceux du second étaient sains. D'autre part l'œdème colossal du tronc et des membres ne peut s'expliquer par l'état du cœur et des vaisseaux. On se trouve réduit à invoquer une sorte de cachexie humorale qui relèverait directement des désordres que provoquent les trichines dans le tissu musculaire.

L'examen histologique des muscles a donné les résultats suivants :

Le périmysium présente une abondante multiplication de ses noyaux, prédominante autour des vaisseaux.

Le myolemme de la plupart des faisceaux primitifs reste tout à fait sain, ainsi que la substance musculaire qu'il contient. Celui de beaucoup d'autres faisceaux subit la néoformation nucléaire sans modification sensible de la striation et des qualités physiques du muscle. Ailleurs enfin le myolemme et la fibre présentent des altérations profondes qui préparent le nid où la trichine va se fixer, grandir et s'enkyster.

On voit d'abord le myolemme se charger de cellules qui s'accumulent sur un point de la fibre et y prennent l'apparence d'un manchon fusiforme. En même temps la fibre musculaire pâlit et perd sa striation. Tandis que les fibres musculaires restées saines gardent leur affinité pour le carmin, les faisceaux malades absorbent de préférence l'acide picrique qui colore également le protoplasma des cellules. Le tout apparaît dans la préparation comme un petit bloc ovoïde jaunâtre sur le fond rose des fibres intactes. L'acide osmique colore en brun foncé et le nid de cellules, et la fibre altérée, tandis que les parties saines du muscle prennent une teinte sépia clair.

C'est dans ce milieu préparé pour la recevoir qu'apparaît la trichine. D'abord mince et allongée, elle grossit et se replie légèrement sur elle-même à l'une de ses extrémités ; puis, continuant de grandir elle s'enroule finalement sur elle-même et désormais reste immobile.

En même temps la membrane extérieure d'un kyste se forme aux dépens de la couche la plus externe des cellules qui infiltrent le myolemme. Dans le voisinage immédiat du kyste les faisceaux musculaires dont la trichine n'a pas besoin restent intacts. Ils subissent un refoulement mécanique et se déforment par compression, mais en gardant leurs stries sans traces de dégénérescence granuleuse ou cireuse.

Tous les muscles des deux sujets examinés contenaient des trichines en

grande quantité, mais, conformément d'ailleurs au dire des auteurs, elles étaient beaucoup plus abondantes dans le diaphragme. Rien dans la moelle des os, les ganglions et les parois intestinales. Rien non plus dans le péritoine. En somme il était impossible, au cours de la septième ou huitième semaine après l'infection, de retrouver dans l'intestin trace du passage des trichines.

GASTON DECAISNE.

Les champignons comestibles et vénéneux de la région de Montpellier et des Cévennes aux points de vue économique et médical, par L. PLANCHON (*Thèse de Montpellier*, 1883).

Ce travail, limité à l'étude des champignons les plus élevés en organisation (Hyménomycètes) se divise en trois parties; dans la 1re l'auteur traite: *Des champignons en général :* organisation, chimie, distribution géographique, usage des champignons, moyens de les reconnaître et de leur enlever leur principe toxique. En réalité il n'existe aucun signe certain permettant de distinguer les champignons comestibles des champignons vénéneux. La connaissance rationnelle des espèces est le seul moyen de se préserver de tout danger. Les empoisonnements mortels sont presque toujours dus aux Amanites et à peu près constamment à l'*Amanita bulbosa*, ou à ses variétés.

La deuxième partie comprend la description des principales espèces comestibles ou dangereuses qui croissent communément dans la région de Montpellier et des Cévennes. Pour chaque espèce décrite, Planchon donne la synonymie complète, les noms vulgaires, puis les caractères de l'espèce type et de ses principales variétés; il en indique l'habitat, les usages économiques ou médicaux, et, sous le titre *Confusions possibles*, établit les caractères différentiels qui doivent faire reconnaître l'espèce et la variété à laquelle on a affaire.

La dernière partie, plus spécialement médicale, est consacrée à l'étude des empoisonnements par les champignons. Planchon rapporte neuf observations qu'il a pu recueillir et donne la relation de quelques expériences qu'il a faites sur des chiens. Ces dernières sont peu nombreuses et peu probantes, car généralement ces animaux avaient de la méfiance surtout quand le goût ou l'odorat leur faisait reconnaître une substance qui déjà avait occasionné chez eux des troubles divers.

Les empoisonnements se produisent principalement au printemps, moment où sortent les amanites printanières, et surtout en automne pendant les années pluvieuses, après le mois de septembre quand l'humidité favorise le développement de ces cryptogames. Presque toujours l'empoisonnement est accidentel, rarement criminel.

Pour établir le diagnostic, il n'y a que les symptômes et les anamnestiques qui fournissent des éléments de réelle valeur. La chimie, les lésions cadavériques ne donnent que des renseignements de peu d'importance. L'examen histologique de débris de champignons trouvés, soit dans les déjections, soit dans l'estomac, pourrait être d'une plus grande ressource.

Les accidents mortels, sont dus la plupart du temps, comme nous l'avons dit, aux Amanites et surtout à l'*Amanite bulbeuse*. Les amanites donnent lieu à deux ordres de symptômes: 1° *Gastro-intestinaux*, toujours primitifs, très violents, très rarement isolés, pouvant manquer

complètement et accompagnés de troubles cérébro-médullaires; 2° *nerveux*, légers et souvent liés à l'état du tube digestif, ou graves et comprenant alors deux périodes l'une d'excitation, l'autre de coma, cette dernière pouvant survenir primitivement ou succéder aux troubles gastriques. Parfois ils ne se montrent que 3 ou 4 jours après l'ingestion du poison; dans ce cas ils sont d'ordinaire très violents et se terminent souvent par la mort.

De l'identité des symptômes on peut conclure que les *Agaricus pantherinus* et *muscarius* (fausse oronge) contiennent probablement le même alcaloïde, le premier en plus grande quantité que le second. La muscarine ralentit la respiration, abaisse brusquement la pression sanguine, fait fortement contracter le tube digestif et spécialement le côlon: comme les Amanites, la muscarine congestionne les centres nerveux et c'est à cette congestion qu'il faut attribuer les différents troubles nerveux observés dans cet empoisonnement.

L'*Agaricus olearius* (A. de l'olivier) est un puissant émétique auquel le sel n'enlève pas ses propriétés malfaisantes.

Outre le traitement ordinaire pour débarrasser l'organisme du poison et le traitement symptomatique variant pour chaque cas, le médecin doit prévoir la congestion des centres nerveux et instituer un traitement prophylactique contre les troubles cérébraux graves pouvant ne survenir que longtemps après l'ingestion. A. MOSSÉ.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Traité élémentaire de pathologie générale, par HALLOPEAU (*Paris*, 1884).

Notre littérature scientifique manquait d'un livre, qui sans négliger les doctrines relatives à la nature des maladies, ne fût pas un traité de philosophie médicale, et qui d'autre part s'élevât au-dessus des manuels de séméiologie classiques. L'ouvrage de M. Hallopeau vient à propos combler cette lacune. Nul, mieux que l'auteur, ne réunissait les aptitudes nécessaires pour exposer les principes généraux de la médecine dans leur ensemble, et pour décrire avec compétence les processus morbides et les lésions qu'ils engendrent.

La première partie de ce traité s'adresse à l'étiologie des maladies, sujet immense, que les travaux modernes ont complètement transformé depuis dix ans. Après avoir montré l'influence mystérieuse, mais indiscutable des prédispositions héréditaires et diathésiques, suivant les différents âges, et selon le degré de surmenage ou de fonctionnement régulier des organes, l'auteur passe en revue les divers agents morbides extérieurs; ceux d'abord qui relèvent du domaine de la physique et de la chimie (froid, chaleur, lumière, caustiques, poisons, venins) et surtout ceux qui dépendent de causes animées. Ce chapitre est à proprement parler le plus neuf et le plus complet de l'ouvrage. Parmi ces agents

parasitaires se trouvent compris en effet non seulement les helminthes classiques actuellement bien connus, mais surtout les microbes infectieux dont l'histoire, à peine ébauchée, menace d'absorber la majeure partie de la pathologie. On trouvera dans l'ouvrage de M. Hallopeau les données les plus récentes concernant les ferments figurés qui semblent être le principe virulent des maladies infectieuses chez l'homme et les principales espèces animales, depuis le charbon jusqu'à la lèpre et la tuberculose.

La seconde partie comprend l'histoire des grands processus morbides et des lésions qui leur correspondent. On lira avec fruit le chapitre très remarquable consacré à l'inflammation et à ses variétés suivant les tissus et les régions où elle se produit ; les pages relatives aux inflammations septiques si spéciales de la tuberculose, de la morve et de la syphilis. Les autres troubles circulatoires, hémorragies, thromboses, embolie, et leur aboutissant final, la gangrène, sont exposées avec méthode et clarté.

Avec la même compétence, sont analysés les troubles plus intimes de la vie des cellules qui ne dépendent pas exclusivement d'un apport inégal de sang, mais de l'imperfection des échanges nutritifs : les dégénérescences cellulaires, les incrustations crétacées, les calculs, les déviations hyperplasiques qui aboutissent aux tumeurs sont résumés dans autant de chapitres un peu brefs, mais remarquablement clairs.

Enfin la troisième partie, qui correspond à la séméiotique, comprend l'analyse des troubles fonctionnels entraînés par les processus morbides. Chacun des grands appareils est passé en revue ; nous citerons particulièrement, en raison de la compétence spéciale de l'auteur, le chapitre consacré à l'interprétation des phénomènes fournis par le système nerveux.

Quelques pages de doctrine médicale, dans lesquelles l'auteur essaie une classification pathologique et nosologique, et où il montre la différence profonde qui sépare l'affection de la maladie, complètent cet intéressant travail. M. Hallopeau nous décrit l'évolution naturelle des maladies, et les ressources que fournit la thermométrie clinique et par là il est de son époque : mais il sait voir au delà de la lésion anatomique pure, et ne se montre pas étroitement organicien. Cette manière de voir, qui nous paraît la vraie mesure scientifique, se retrouve dans les considérations qui terminent l'ouvrage, lorsque l'auteur aborde les principes généraux de la prophylaxie et de la thérapeutique. H. RENDU.

I. — **Beitrag zur Kentniss der subacuten und chronischen Pneumonien (De la pneumonie subaiguë et chronique), par E. WAGNER** (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXIII, Heft* 5).

II. — **Expectoration singulière dans un cas de pneumonie franche, par FALKENHEIM jeune** (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 49, *décembre* 1882).

III. — **Alcune considerazioni sul decorso della febbre nella pneumonite acuta crouposa, par SILVESTRINI** (*Riv. clin. di Bologna, avril et mai* 1883).

IV. — **Étude sur la pneumonie disséquante, par V. HUTINEL et L. PROUST** (*Arch. gén. de méd.*, *novembre* 1882).

V. — **Sur les maladies des organes thoraciques produites par contusion et**

spécialement de la pneumonie par contusion, par M. LITTEN (*Zeitschr. f. klin. Med., Band V*).

VI. — La pneumonite lobare, la pleurite, la pericardite e la meningite cerebro-spinale acuta considerate nei loro reciproci rapporti, par BOZZOLO (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, octobre* 1882).

VII. — Sull' induramento del polmone consecutivo alla polmonite crouposa, par MARCHIAFAVA (*Riv. clin. di Bologna, n° 2,* 1884).

VIII. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire anthracosique, par R. TRIPIER (*Lyon médical, mai* 1884).

IX. — Pneumonie droite hyperthermique survenue dans le cours d'un état puerpéral. Guérison par les bains froids, par J. GAREL (*Ibid.*, 10 *août* 1884).

I. — On trouvera dans ce travail des documents intéressants sur l'histoire encore très imparfaite des pneumonies chroniques et subaiguës, bien que les faits rapportés soient très disparates. Wagner les range sous trois têtes de chapitre : 1° les pneumonies à résolution lente ou retardée, qu'il sépare complètement de la pneumonie fibrineuse; 2° la broncho-pneumonie subaiguë; 3° les inflammations interstitielles chroniques du poumon ; 4° enfin, la pneumonie caséeuse ou tuberculeuse.

Il est impossible de donner ici une analyse suivie d'un travail de cette nature. Nous ne pouvons qu'appeler l'attention sur quelques points originaux.

Wagner refuse de considérer les cas de pneumonie à résolution lente comme des formes particulières de la pneumonie franche. Ainsi dans un de ses cas, il y avait un mal de Pott cervical, et l'inflammation avait suivi la trachée pour se propager au tissu péri-bronchique. Dans un autre cas, il y avait eu au début des phénomènes typhoïdes qui n'appartiennent pas à la pneumonie.

Deux fois il y eut à la suite de ces pneumonies à évolution retardée une déformation, une rétraction permanente du thorax.

Il signale comme cause de la cirrhose pulmonaire, les affections de l'œsophage; comme cause de le broncho-pneumonie chronique l'introduction dans les bronches de corps étrangers.

Il a vu la pneumonie interstitielle se produire surtout chez des individus albuminuriques, diabétiques, ou atteints d'autres maladies chroniques antérieures à l'affection pulmonaire, et il pense qu'il y a là une relation de cause à effet qui mérite d'être signalée et étudiée.

Des préparations faites par Weigert lui ont montré en abondance des bacilles de la tuberculose dans la pneumonie caséeuse. Il insiste à ce propos sur l'intérêt que présente maintenant au point de vue du diagnostic, la recherche de ces parasites dans l'expectoration des individus atteints de pneumonie chronique. A. M.

II. — Ouvrier en blé, atteint d'une pneumonie franche compliquée de délirium tremens. Le lendemain de la crise, après une toux violente, il expectore une masse extrêmement fétide, brune arrondie et lisse d'environ 2 centimètres de diamètre. Le microscope la montre composée : 1° d'un réseau de mycelium d'aspergillus avec organes de fructification ; 2° de spores du *tilletia carios ;* 3° de poils végétaux rappelant ceux des gaînes du chiendent. J. R.

III. — Silvestrini repousse l'opinion généralement adoptée qui établit trois périodes dans la marche de la fièvre dans la pneumonie, et qui dis-

tingue trois périodes d'invasion, d'état et de résolution, correspondant aux métamorphoses de l'exsudat intra-alvéolaire. Il compare deux tracés pris sur le même individu, l'un avec mensurations bi-quotidiennes, l'autre avec mensurations toutes les deux heures, et observe que celui-ci dénote la production d'une série de paroxysmes fébriles très irréguliers. Il admet que chacun de ces paroxysmes correspond à une poussée nouvelle du processus. Celui-ci ne s'accompagne de fièvre qu'au moment de l'exsudation intra-alvéolaire, la fièvre cesse pendant la résolution et même pendant l'hépatisation. C'est la répétition des poussées exsudatives, qui établit la continuité de la fièvre : chaque pneumonie se composerait ainsi d'une série de processus pneumoniques.

Pour expliquer cette évolution en plusieurs temps, l'auteur repoussant l'opinion ancienne qui admettait l'extension du processus par continuité de tissu, prétend que cette extension se fait par la voie des bronches. Etant donnée une exsudation initiale dans un lobule, le produit corrodé devient infectieux au contact de l'air; bientôt il est entraîné par les efforts de toux, jusqu'à la bronche lobulaire, mais arrivé là, au lieu d'être expulsé, il est souvent entraîné dans la bronche voisine d'où il descend dans un lobule qu'il va enflammer par son contact. La succession de ces phénomènes se reproduit jusqu'à ce que le lobe entier soit atteint; par l'intermédiaire des grosses bronches, le processus peut atteindre de la même manière les lobes voisins, si la pneumonie se généralise.

Neuf tracés intéressants sont annexés à ce travail dont les conclusions seront discutées. F. BALZER.

IV. — La pneumonie disséquante survient chez les sujets débilités sous l'influence de traumatismes de la poitrine, du froid ou encore de l'introduction de corps étrangers dans les bronches. Le début de l'affection est annoncé par un frisson violent ou des frissonnements répétés et surtout par un point de côté des plus intenses. C'est la douleur des pleurésies graves et gangréneuses. Il existe un contraste des plus frappants entre la gravité de l'état général et les signes physiques. Ceux-ci peuvent se réduire à quelques râles de bronchite, un peu plus tard apparaît un foyer de râles crépitants, puis du souffle variable dans son timbre suivant qu'il existe ou non de la pleurésie. Le malade est très dyspnéique et immobilise son thorax du côté lésé. L'expectoration est d'abord muqueuse et légèrement visqueuse, quelquefois pneumonique ou striée de sang. Vers le huitième ou dixième jour survient une hémoptysie d'abord de sang rouge, puis de sang noir altéré, comme cela s'observe dans la gangrène pulmonaire. Les jours suivants les crachats sont rouillés, puis grisâtres et spumeux, mais sans fétidité. Enfin une vomique avec expectoration franchement purulente se produit du quinzième au vingtième jour. A ce moment les signes physiques se modifient, râles cavernuleux, gargouillement, souffle amphorique, bruit de pot fêlé, bruit de flot, indiquant la formation d'une vaste excavation pulmonaire. Dès lors l'état typhique du début s'exagère; les urines deviennent de plus en plus albumineuses et quelquefois se suppriment; la diarrhée est continuelle et l'on peut observer toutes les complications de l'état septique, parotidite, méningite suppurée, arthrite. La mort survient dans le marasme et le coma. La terminaison par guérison signalée dans quelques observations ne peut être acceptée qu'avec réserve, la pneumonie disséquante étant le plus souvent

une trouvaille d'autopsie, et son diagnostic avec la gangrène pulmonaire, la pleurésie partielle compliquée de vomique, les cavernes pulmonaires et la dilatation des bronches, présentant de grandes difficultés.

Les auteurs de ce mémoire distinguent deux formes anatomo-pathologiques également différentes par leur marche et leurs symptômes :

1° La *péribronchite disséquante* prenant naissance au voisinage du hile, dénudant les grosses bronches et les troncs vasculaires qui les accompagnent, aboutissant à un vaste abcès à parois anfractueuses dans lequel baignent avec les bronches et les vaisseaux, les débris du parenchyme. 2° La *pneumonie disséquante superficielle* ou phlegmon diffus sous-pleural, bien connue depuis Stokes et mieux étudiée par Hayem et Graux. Dans cette deuxième forme toujours compliquée de pleurésie, l'inflammation paraît débuter sous la plèvre, sépare les lobules et ne pénètre pas profondément dans le poumon.

Il s'agissait d'une péribronchite disséquante dans le cas étudié par Hutinel et Proust. Un examen histologique très complet leur a permis de localiser nettement la lésion et d'en établir la pathogénie. L'altération consiste en une inflammation interstitielle aiguë péribronchique, caractérisée par une infiltration considérable de cellules embryonnaires formant anneau autour de la bronche, infiltration se retrouvant encore à la périphérie des lobules et sous la plèvre. Le tissu cellulaire péribronchique et périlobulaire étant riche en lymphatiques, on est naturellement tenté d'admettre une participation active de ces vaisseaux au processus destructeur. Celui-ci a pour résultat la segmentation des bronchioles et des ramuscules de l'artère pulmonaire. Enfin le poumon présente concurremment les lésions de la bronchopneumonie.

L'intérêt de cette étude réside surtout dans les rapports établis par ses auteurs entre la pneumonie disséquante et la forme bronchopneumonique de la gangrène pulmonaire. Ces deux affections surviennent dans les mêmes conditions, et leurs manifestations initiales présentent les plus grandes analogies. Il ne manque souvent qu'un trait pour que les deux tableaux soient identiques : la fétidité des crachats et de l'haleine. Enfin si l'altération aboutit dans un cas à la suppuration, dans l'autre au sphacèle, les lésions ont la même origine, ainsi qu'en témoignent deux observations inédites de gangrène pulmonaire annexées à ce mémoire. Il n'y a entre les deux affections qu'une question de degré dépendant de l'activité du processus phlegmasique. P. MERKLEN.

V. — Litten a étudié les traumatismes légers de la cage thoracique dans leurs rapports avec les affections du poumon et de la plèvre. Quant aux traumatismes graves, ils sont du ressort de la chirurgie, et les affections concomitantes du poumon et de la plèvre n'ont plus alors qu'une importance secondaire.

Les lésions de la cage thoracique ne sont pas nécessairement en rapport avec celles du poumon. Il peut exister des fractures de côtes et de vastes ecchymoses, sans lésion pulmonaire, aussi bien que des lésions pulmonaires graves, sans fracture de côte.

Les contusions du poumon et de la plèvre donnent lieu à des ecchymoses sous-pleurales et superficielles ou à des infiltrations hémorragiques du parenchyme, ou à une apoplexie sanguine. Ces lésions se traduisent seulement par des hémoptysies; si la déchirure est considérable elle

peut occasionner un pneumothorax. Si le malade guérit, il se produit une cicatrice colorée ou une caverne revêtue d'une membrane pyogénique.

Les déchirures du poumon et de la plèvre peuvent s'accompagner d'emphysème interlobulaire, de pneumothorax, d'hémothorax, d'emphysème sous-cutané. Leur siège ne correspond pas toujours au point où le traumatisme a porté son action. Elles sont plus fréquentes à la base; elles sont favorisées par une maladie antérieure du poumon (pneumonie, tuberculose, caverne, emphysème), quel que soit le point de la cage thoracique, siège du traumatisme. Les symptômes sont de la douleur, de la dyspnée, de la toux.

Les malades immobilisent instinctivement la côte affectée. Les hémoptysies sont fréquentes, mais peuvent manquer.

La pneumonie par contusion est différente de la pneumonie traumatique qui est produite par les instruments piquants ou les projectiles de guerre; elle est lobaire et peut exister sans qu'il soit possible de reconnaître la moindre lésion sur le thorax. La cause en est la grande élasticité des côtes. Ces pneumonies sont souvent méconnues parce qu'elles n'éclatent pas aussitôt après le traumatisme, mais un ou deux jours après. Elles formeraient, d'après Litten, 4,4 0/0 de pneumonies lobaires. Elles sont simples ou doubles, siègent ordinairement à la base, s'accompagnent d'hémoptysie; leur pronostic est ordinairement favorable. Quelquefois elles se terminent par gangrène, mais cette complication n'entraîne pas ici fatalement la mort.

L'auteur termine son mémoire par quelques brèves considérations sur les affections traumatiques de la plèvre, du péricarde et du cœur.

M. DEBOVE.

VI. — Cet important mémoire est basé sur une observation dont voici le résumé :

Une chiffonnière de 33 ans est admise à l'hôpital de Turin pour une pleuro-pneumonie du côté gauche avec état général mauvais; la résolution ne se fait pas, la température reste élevée jusqu'au douzième jour; on note un peu d'œdème des extrémités. Le dix-neuvième jour frisson violent, qui se répète les jours suivants à des intervalles irréguliers, albuminurie légère, sueurs profuses, vomissements et diarrhée; persistance des œdèmes périphériques. Le vingt-troisième jour, trémulation musculaire, rigidité des muscles de la nuque, petitesse et dépressibilité du pouls, souffle systolique à la pointe du cœur; subdélire. Le lendemain, persistance des mêmes symptômes, soubresauts des tendons, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Mort le vingt-sixième jour.

A l'autopsie on trouve une méningite suppurée avec exsudats très abondants recouvrant toute la surface de l'encéphale; infiltration purulente du tissu conjonctif du médiastin au-devant du cœur; épanchement séro-fibrineux louche dans la cavité du péricarde; épaississement scléreux des valvules sigmoïdes de l'aorte; sur la valvule mitrale, plaque d'endocardite végétante et ulcération récente; épanchement purulent enkysté dans la plèvre gauche au voisinage du péricarde; hépatisation rouge en voie de résolution occupant le lobe inférieur du poumon gauche; rate augmentée de volume, parsemée d'hémorragies interstitielles; foie paraissant atteint d'hépatite parenchymateuse; reins volumineux, substance corticale tuméfiée et jaunâtre, un infarctus récent dans le rein gauche, dans l'intestin, tuméfaction marquée des follicules lymphatiques aussi bien des isolés que des plaques de Peyer légère augmentation de volume des ganglions mésentériques.

L'examen microscopique, pratiqué avec toutes les précautions convenables, a fait voir dans le suc du poumon hépatisé, dans les exsudats méningitiques et dans les végétations de l'endocarde une quantité considérable de micrococcus et de bactéries se colorant par le violet de méthyle. Sur des coupes durcies les microbes en question formaient des amas occupant toute l'épaisseur des végétations endocardiques et remplissant les interstices du tissu valvulaire; dans les méninges ils occupaient non seulement le calibre des vaisseaux, mais les gaînes lymphatiques et les espaces environnants.

Cette observation a rappelé à la mémoire de l'auteur la relation souvent signalée, depuis quelque temps entre la pneumonie et la méningite, relation assez mal expliquée juqu'à présent.

Le fait même de la coïncidence est incontestable; Bozzolo en trouve la preuve dans les registres d'autopsie de l'hôpital général de Milan où sur 942 pneumonies constatées dans les quinze dernières années, 395 (soit 42 0/0) étaient accompagnées de méningite suppurée. Mais il est à remarquer que la méningite cérébro-spinale épidémique n'est pas rare dans la capitale de la Lombardie, et que cette affection est très souvent compliquée de pneumonie : le relevé de tous les cas bien nets observés durant la même période de quinze ans à l'hôpital de Milan et dans la pratique personnelle de l'auteur, montre en effet que sur 41 autopsies de méningite aiguë cérébro-spinale, on a constaté la pneumonie 19 fois.

Il faut observer, en outre, que la fréquence de la méningite dans la pneumonie ne paraît nullement en rapport avec la fréquence absolue de cette dernière, et que la plupart des pneumonies accompagnées de méningite se sont montrées précisément dans les années où la méningite cérébro-spinale a fait le plus de victimes.

Il est permis, d'après cela, de chercher entre les deux maladies une relation positive et de rejeter l'opinion des auteurs qui n'ont voulu voir dans la méningite secondaire à la pneumonie qu'une complication banale favorisée par l'alcoolisme, par les mauvaises conditions générales, et déterminée par une sorte de résorption purulente.

L'auteur se déclare disposé à admettre : 1° que la pneumonie lobaire, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite et la méningite cérébro-spinale sont des processus fréquemment associés; 2° que cette association, aussi bien dans les formes sporadiques que dans les formes épidémiques se montre sous l'influence d'un seul et même agent morbide; 3° que cet agent morbide paraît, suivant des documents scientifiques très vraisemblables, être constitué par un schizomycète d'une espèce particulière.

H. BARTH.

VII. — L'auteur rapporte plusieurs observations d'induration pulmonaire consécutive à la pneumonie croupale et s'accompagnant de néoformation conjonctive endo-alvéolaire comme dans les cas observés par Marchand et Ziegler. Comme complications rares de la pneumonie, il signale un cas de pachyméningite fibrineuse aboutissant à la formation de vaisseaux et du tissu conjonctif, et un cas d'entérite croupale du gros intestin dans lequel la muqueuse était recouverte de membranes fibrineuses libres ou faisant corps avec la muqueuse. F. BALZER.

VIII. — L'auteur a profité de deux cas d'anthracosis qu'il a eu l'occasion d'observer pour faire quelques recherches sur la nature de cette affection. Dans un exposé critique très complet et très clair, il passe en revue les opinions qui ont cours aujourd'hui sur la pathogénie des

pneumoconioses. Pour lui, dans la plupart des cas, sinon dans tous, il croit qu'en même temps que la présence de poussières charbonneuses est constatée dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, il existe dans sa profondeur des produits tuberculeux soit sous forme de granulations, soit sous forme de masses caséiformes. Loin de rattacher la présence de ces néoplasmes à une pure coïncidence, il croit que cette présence est indispensable pour expliquer la production des lésions ulcéreuses pulmonaires. Par lui-même le charbon serait un corps inerte inoffensif, incapable de donner naissance à des destructions du parenchyme pulmonaire, par conséquent toutes les affections qui ont été mises sur le compte de ce dernier n'existeraient qu'autant que des dépôts tuberculeux viendraient se greffer sur ce poumon. Ce qui empêche de reconnaître cette tuberculose, c'est la coloration noire des tissus qui non seulement à l'œil nu, mais encore au microscope marque la trame de l'organe; enfin comme la plupart des sujets atteints d'anthracosis ont dépassé la quarantaine, la tuberculose chez eux revêt le plus souvent une marche chronique.

C. GIRAUDEAU.

XI. — Observation intéressante par la gravité du cas et la température exceptionnelle constatée pendant 48 heures.

Jeune femme de 22 ans, accouchée le 17 février. Le 8 mars, elle entre à l'hôpital pour des accidents de métropéritonite. Le 4 avril, pneumonie droite, avec fièvre intense. La température se maintient à 41°,2, 41°,5, malgré de fortes doses de quinine.

Le 7 avril, le troisième jour, on commence les bains froids à 20°. Température rectale à 11°,7. On donne 3 bains.

Le 8 avril, 5 bains. Pouls à peine perceptible.

Le 9 avril, 8 bains à 25°; abaissement de 2° après chaque bain. Les symptômes généraux et locaux s'améliorent.

Le 10 avril, 5 bains. Le 11, lavements froids.

Le 12 avril, 2 bains. A partir du 13, la défervescence se prononce et la température s'abaisse. La malade sortit guérie après une convalescence assez longue, entravée par une escarre fessière et une otite suppurée.

A. CARTAZ.

I. — Zur Diagnose des Pneumothorax, par F. RIEGEL (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 50, 13 *décembre* 1880).

II. — Ein seltener Fall von Pneumothorax (Cas rare de pneumothorax), par STEPHANIDES (*Wien. med. Woch.*, *n°* 33, 1882).

III. — Zur Lehre des Pneumothorax, par WEIL (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI, Heft* 1 *et* 2).

IV. — Du bruit de gouglou dans certains cas de pneumothorax, par G VARIOT (*Revue de méd.*, *p.* 421, 1882).

V. — Ueber Pneumothorax, par Otto SEIFERT (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIII, Heft* 2).

I. — Pour reconnaître la persistance de la fistule pulmonaire, dans le pneumothorax, on a indiqué les signes suivants :

1° L'augmentation de la quantité de gaz contenue dans le sac pleural, qui se traduit par l'abaissement rapide de la sonorité métallique, après des respirations forcées (toux, profondes inspirations).

Il faut quelquefois recourir à une ponction exploratrice pour obtenir ce signe.

2° La forte proportion d'acide carbonique dans l'air de la cavité pleurale. Mais pour procéder à l'analyse des gaz du pneumothorax, il faut également pratiquer une ponction. Ewald concluait de ses expériences que lorsque l'air contient moins de 5 0/0 d'acide carbonique, la fistule est béante; qu'elle est incomplètement fermée quand la proportion s'élève de 5 à 10 0/0, et enfin qu'elle est entièrement oblitérée, quand la proportion d'acide dépasse 10 0/0.

3° L'expectoration à flots, à pleine bouche, de crachats purulents, à la suite de quintes de toux survenues dans certaines attitudes des malades.

Après Unterricht (*R. S. M.*, XVI, 540), Riegel appelle l'attention sur un nouveau signe qu'il croit pathognomonique de la persistance de la fistule pulmonaire.

Il l'a noté chez un tuberculeux de 19 ans qui présenta, quatre jours avant sa mort, un pneumothorax limité à la base droite et survenu sans augmentation de la dyspnée.

Ce malade fut seulement frappé du fait que, dès qu'il se dressait sur son lit, il rendait des flots de pus.

A la base du poumon droit existait de la matité sans bruit de succussion hippocratique.

A l'auscultation, on percevait dans les deux temps de la respiration des gargouillements métalliques, donnant la sensation d'une eau qui jaillit en bouillonnant.

Le troisième jour, ce bruit était si intense qu'on l'entendait du pied du lit, dès que le malade se mettait sur son séant.

Le lendemain, veille de la mort, il n'était plus perceptible qu'à l'inspiration et avait beaucoup perdu de son intensité.

Avant d'ouvrir le thorax du cadavre, il suffit d'insuffler de l'air dans la trachée pour reproduire le bruit de bouillonnements liquides entendus pendant la vie.

La fistule qui aboutissait dans de vastes cavernes avait près d'un centimètre de diamètre.

D'après Riegel, le bruit de fistule, comme il l'appelle, est produit par des bulles d'air qui viennent crever à la surface du liquide; il le rattache au tintement bullaire de Beau.

Unterricht est le premier à en avoir signalé la valeur diagnostique. Il l'avait observée dans deux cas de pneumothorax, au cours même d'une ponction; mais le bruit de bouillons liquides n'était perceptible que devant l'inspiration et fut très fugitif.

Au contraire, chez le malade de Riegel, il apparut d'une façon toute spontanée, d'abord aux deux temps de la respiration et dura trois jours.

Trois conditions paraissent nécessaires à sa production : la présence d'un épanchement liquide; 2° débouchement de la fistule au-dessous du niveau du liquide; 3° tension modérée de l'air contenu dans la plèvre. Cette dernière condition est plus commune dans le pneumothorax localisé, mais l'aspiration d'une partie de l'air peut la réaliser artificiellement et momentanément, ainsi que le montrent les observations d'Unterricht.

(*R. S. M.*, I, 169; II, 153 et 625; VI, 130; VIII, 315; IX, 611; XIII, 681 et 682; XV, 80; XVI, 544 et XX, 554. J. B.

II. — Il s'agit ici d'un pneumothorax du côté droit consécutif à la rupture d'un ulcère rond de l'estomac. Ce qu'il faut noter spécialement, c'est l'absence de liquide épanché et la guérison par simple résorption des gaz après l'oblitération de la fistule.

Un jardinier de 28 ans raconte qu'il souffre de troubles gastriques depuis l'âge de 17 ans; pendant sa 23e année, il a eu un accès de cardialgie violente, suivi d'hématémèse et de melœna, et le professeur Barsels, qui le soigna à sa clinique, n'hésita pas à diagnostiquer un ulcère rond. Au mois d'avril 1882, le malade vient à Karlsbad pour se débarrasser de la dyspepsie et des douleurs qui ont persisté depuis l'accident. Après trois semaines de cure, le 26 avril, à la suite d'une longue promenade, il éprouve brusquement une violente douleur dont le point de départ est à l'épigastre et qui s'irradie à droite jusqu'à la région cervicale.

L'auteur constate tous les signes d'un pneumothorax à droite : sonorité exagérée, absence de vibration, souffle amphorique. Le foie est refoulé en bas. Comme on a reconnu précédemment l'intégrité absolue des deux poumons, il faut bien admettre que les gaz épanchés dans la plèvre droite proviennent de l'estomac ou du duodénum perforés par l'ulcère dont on connaît l'histoire.

Les examens ultérieurs du malade démontrent l'absence complète de liquide dans la plèvre. Le gaz commence à se résorber à partir du 18 mai; le foie tend à reprendre sa position normale; l'état général s'améliore. Le malade quitte Karlsbad le 9 juin. A ce moment, la circonférence du thorax paraît fort peu agrandie à droite, le foie est en place, on trouve un son clair et plein sur toute l'étendue de la poitrine du côté lésé, et à l'auscultation on ne perçoit de souffle amphorique que dans un espace restreint en bas et en arrière. Le sujet peut marcher assez vite sans dyspnée, ne tousse pas et se déclare satisfait de son état. L. GALLIARD.

III. — Sur 55 cas de pneumothorax observés dans le service du professeur Friedreich, d'Heidelberg, 46 survinrent au cours de la phtisie pulmonaire, 6 à la suite d'un empyème, 3 sans étiologie précise.

La même statistique démontre que le pneumothorax siège le plus souvent du côté où les lésions tuberculeuses ont fait le plus de progrès; dans la moitié environ des cas (22 fois sur 46) il est venu compliquer une phtisie à marche aiguë.

Quant à la période de l'affection pulmonaire à laquelle éclate de préférence le pneumothorax, elle est indiquée par les chiffres suivants :

Dans le cours du	1er mois	2 fois.
—	du 1er au 3e mois	11 —
—	du 4e au 6e mois	9 —
—	du 7e au 12e mois	8 —
—	de la 1re à la 2e année	7 —
—	de la 3e à la 6e année	8 —
—	de la 10e année	1 —

Quatre fois seulement l'influence d'une cause occasionnelle (quintes de toux) fut manifeste.

De l'ensemble des 45 cas avec nécropsie, se dégagent les particularités suivantes au point de vue de l'état anatomique de la plèvre :

2 fois il n'existait pas de trace de pleurésie (mort au bout de quelques heures).

1 fois pleurésie fibrineuse sans exsudat (mort au bout de neuf semaines).

44 fois pleurésie avec exsudat.

Sur ces 44 derniers cas, la nature de l'exsudat a été indiquée 33 fois : Exsudat purulent (12 fois); exsudat séro-fibrineux (19 fois); exsudat hémorragique (1 fois); exsudat putride (1 fois).

Les relevés microscopiques de ces 55 cas de pneumothorax permettent de trancher la question de savoir à laquelle des formes de pneumothorax admises par l'auteur se rattache le pneumothorax qui se développe dans le cours de la phtisie. Exceptionnellement c'était un *pneumothorax ouvert;* en thèse générale, c'était un *pneumothorax fermé.*

Durée. — Les chiffres suivants permettent de juger de la durée du pneumothorax survenant à titre de complication de la phtisie pulmonaire :

La mort est survenue dans le cours du	1er jour	8 fois.
—	—	3e jour	1 —
—	—	4e jour	3 —
—	—	2e semaine.	6 —
—	—	4e semaine.	5 —
—	—	2e mois	8 —
—	—	3e et 4e mois. . . .	5 —
—	—	5e mois	2 —

Enfin une fois, dans les 7e, 9e, 10e, 17e mois, au bout de 2 ans, 2 ans et demi.

Dans dix observations, l'influence salutaire du pneumothorax sur les manifestations de la phtisie (fièvre, toux, expectoration, etc.) fut des plus manifestes.

Quant au traitement, Weil le résume dans les propositions suivantes :

1° Le plus souvent une intervention opératoire offre peu de chance de succès.

2° Dans un petit nombre de cas, une intervention opératoire peut non seulement sauver la vie du patient, mais en outre exercer une influence favorable sur le pneumothorax et même amener la guérison.

3° Dans les cinq ou six semaines qui suivent l'apparition du pneumothorax on ne devra recourir à une opération qu'en cas d'asphyxie imminente; car, à cette époque, l'orifice de communication n'est pas oblitéré d'une façon définitive.

4° Si la dyspnée acquiert une grande intensité peu de temps après le début du pneumothorax et qu'elle ne se calme point par les narcotiques, il faut recourir à la ponction. Si l'état primitif se rétablit comme il arrive habituellement à cause de la persistance de la fistule, il faut laisser la canule en place ou faire une incision.

5° Lorsque l'intervention est commandée par une asphyxie imminente, quelques semaines seulement après la perforation, il faut pratiquer la ponction simple ou aspiratrice du liquide qui, en pareilles circonstances, est la cause principale de la dyspnée. Si la dyspnée ne se calme point, parce que le liquide est remplacé par de l'air, il ne reste plus qu'à inciser.

6° Dans les cas qui comportent un pronostic relativement favorable, l'intervention opératoire est justifiée, alors même qu'il n'existe pas d'in-

dication vitale. Mais on n'interviendra pas avant quatre ou six semaines et alors si l'air a été complètement refoulé par du liquide, on pratiquera la ponction en n'évacuant qu'une faible quantité de liquide en une fois.

7° Lorsqu'on a affaire à un exsudat séro-fibrineux, on évacuera de temps en temps de petites quantités de liquide (500, 1,000 cc) par la ponction simple ou aspiratrice.

8° Si la ponction donne issue à un liquide purulent, on aura recours au procédé de Senator, une ou plusieurs fois.

9° Si le pus se reproduit rapidement, il faudra recourir à la ponction au niveau de laquelle il se produit le plus souvent un *empyème de nécessité*.

10° Si le liquide n'a pas de tendance à s'accroître, on devra faire la ponction aspiratrice de l'air.

11° Enfin, quand il s'agit d'un exsudat de moyenne abondance resté stationnaire avec épanchement d'air dans la plèvre, la ponction aspiratrice simultanée de l'air et du liquide est indiquée.

IV. — Dans deux cas de pneumothorax, l'un compliqué de fistule pleuro-bronchique, l'autre consécutif à l'ouverture d'une caverne tuberculeuse dans la plèvre, M. Variot a eu l'occasion d'observer qu'en faisant exécuter alternativement des mouvements de flexion et d'extension du tronc sur les cuisses, on provoque un bruit spécial appréciable à la main et à l'oreille qu'il désigne sous le nom de glou-glou pleural. Ce bruit comparable à celui d'une bouteille qui se vide ne doit pas être confondu avec la fluctuation thoracique; car on ne l'entend jamais en secouant brusquement le malade. Il serait l'indice, d'après l'auteur, d'un pneumothorax à plusieurs loges communiquant entre elles; dans la station verticale, les loges supérieures seraient pleines de gaz, mais dès que le malade se penche en avant, le liquide qui occupait précédemment les parties déclives tend à gagner les loges supérieures; la collision du liquide et des gaz produirait ce bruit particulier qui ne se rencontrerait pas dans les autres variétés de pneumothorax. C. GIRAUDEAU.

V. — Il peut être fort important pour le diagnostic, le pronostic et même le traitement, de savoir si un pneumothorax communique ou ne communique pas avec l'intérieur. Weil, dans des recherches faites sur des animaux (*Voyez* plus haut) avait montré qu'on pouvait obtenir à ce point de vue des renseignements importants en déterminant la pression dans l'intérieur de la cavité pleurale. Si cette pression est supérieure ou inférieure à la pression atmosphérique, c'est que le pneumothorax est fermé. Il est ouvert, si cette pression est exactement la même que la pression atmosphérique. L'auteur du présent travail rapporte quatre observations dans lesquelles il a fait cette recherche sur l'homme et contrôlé par l'autopsie les résultats obtenus. Le manuel opératoire est fort simple : il suffit d'une canule mise en communication avec un manomètre. On peut aussi recueillir les gaz, les analyser et chercher jusqu'à quel point ils diffèrent de l'air atmosphérique. Les gaz du pneumothorax sont, en particulier, très riches en acide carbonique.

A. MATHIEU.

Sulla genesi del fenomeno di Cheynes-Skokes, leçons par MURRI (*Riv. clin. di Bologna, nos* 10-11 1883).

Nous donnons ici les principales conclusions de ce travail très étendu et dans lequel l'auteur présente 22 tracés graphiques du phénomène.

La substance nerveuse du centre respiratoire est constituée par des zones qui entrent successivement en fonctions suivant les degrés de veinosité toujours plus grande du sang. Dans les conditions normales, l'excitation rythmique de la zone la plus sensible suffit aux besoins ordinaires de l'organisme : la ventilation pulmonaire s'effectue de telle façon que le sang n'arrive pas au degré de veinosité nécessaire pour exciter les autres zones. Si les besoins respiratoires s'exagèrent, les zones moins sensibles sont excitées en raison de la veinosité du sang d'où la profondeur et l'ampleur des mouvements respiratoires et l'augmentation de l'hématose en raison de ces besoins extraordinaires. Il y a donc là un appareil dont le fonctionnement s'accomode aux divers besoins de l'organisme.

Mais il arrive qu'en s'altérant, la zone la plus sensible perd son excitabilité en présence du sang normal, le degré de la veinosité du sang augmente de telle sorte que les zones moins sensibles sont excitées. Il en résultera d'abord de la dyspnée et une artérialisation plus complète du sang. Mais le sang perd alors sa faculté d'exciter le centre respiratoire ; celui-ci ne provoquant plus les mouvements respiratoires, ceux-ci s'arrêtent et la veinosité du sang revient rapidement à son premier degré. D'où nouvelle excitation des mouvements respiratoires, suivis d'une nouvelle pause, et ainsi de suite ; l'alternance périodique de ces deux phénomènes s'établit.

En somme, les zones supplémentaires du centre respiratoire qui n'entrent en jeu que lorsqu'il y a nécessité de pourvoir à une grande consommation d'oxygène sont appelées à remplir les fonctions de la zone la plus sensible devenue insuffisante.

Ces opinions maintiennent les données de la physiologie actuelle, mais diffèrent sous plusieurs rapports des idées de Traube. Comme lui, Murri admet avant tout une dépression du centre respiratoire, mais ce n'est pas là la condition essentielle du phénomène de Cheynes-Stokes. Il suffit que la partie du centre qui fonctionne à l'état normal soit devenue relativement insensible à son excitant habituel, à savoir au sang veineux.

L'intégrité des vagues n'est point nécessaire au phénomène ainsi que le voulaient Traube, Kronecker et Markwald : ils peuvent participer aux altérations de la zone la plus sensible du centre respiratoire avec laquelle ils ont les connexions les plus intimes.

Traube pensait que la dyspnée résultait d'une action réflexe provoquée par le sang chargé d'acide carbonique. Tout en considérant les opinions de Rosenthal comme insuffisantes pour réfuter cette excitation, Murri ne l'invoque pas pour sa théorie, admettant que les changements qui se produisent dans le volume des vaisseaux et dans le sang de la moelle allongée suffisent pour expliquer la dyspnée. Il en est de même pour ce qui concerne la fatigue et la dépression du centre respiratoire. C'est finalement la composition variable des gaz du sang qui est la cause unique

de la périodicité du phénomène, en même temps que les changements qui se produisent dans la circulation, savoir: l'anémie du bulbe qui va en croissant jusqu'à l'acmé des mouvements dyspnéiques et ensuite le gonflement des vaisseaux par le sang artérialisé qui coïncide avec le début de la pause.

Murri admet conséquemment à sa théorie que le phénomène de Cheynes-Stokes implique l'idée d'une lésion du bulbe, circonscrite ou diffuse, passagère ou permanente. Les processus morbides qui produisent cette lésion ne doivent pas être considérés comme étant la cause vraie du phénomène. Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques de donner la démonstration *à posteriori* de cet aphorisme. Pourtant il est naturel de penser que les affections intracraniennes atteignent de préférence un point du bulbe, soit parce qu'il est plus superficiel vers le plancher du 4e ventricule, soit parce que les zones supplémentaires du centre respiratoire sont situées plus bas vers la moelle cervicale.

De même, s'il est difficile d'admettre avec Traube l'action circonscrite des troubles circulatoires, celle-ci peut s'expliquer facilement si l'on admet l'existence de lésions artérielles ou bien de névrites et de dégénérations du bulbe, débutant par les fibres intracardiaques des vagues et remontant jusqu'à lui. Ce processus ne peut-il être admis dans les cas d'anévrisme, d'adipose de myocarde, de myocardite chronique, ou de forte distension des cavités cardiaques ?

Quant aux substances narcotiques et aux alcaloïdes qui déterminent le phénomène de Cheynes-Stokes, leur action élective s'exercerait sur la zone respiratoire de la moelle allongée. Même explication pour l'empoisonnement urémique.

Dans les fièvres et notamment dans la fièvre typhoïde, il s'agirait aussi d'encéphalites circonscrites ou d'altérations du nerf vague (Klein).

Quant au phénomène de Cheynes-Stokes qui se produit dans le sommeil profond, il peut s'expliquer en supposant que les conditions génératrices du sommeil qui d'ordinaire sont limitées à la substance corticale, s'étendent aussi aux centres de la base, arrivant ainsi jusqu'à influencer la zone la plus sensible du centre respiratoire. F. BALZER.

I. — **On a case of Sawyer's cramp., par G. POORE** (*Brain, p.* 232, *juillet* 1883.

II. — **Ein Krampf im Splenius (Contracture du splénius), par ADAMKIEWICZ** (*Wien. med. Presse,* n° 48, 1883).

III. — **Note sur un signe peu connu de la sciatique. (Recherches expérimentales), par de BEURMANN** (*Arch. de physiol.,* 1er *avril* 1884).

IV. — **Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital chez un ouvrier employé à ouvrager le verre), par G. BALLET** (*Rev. de méd., p.* 484, *juin* 1884).

V. — **Paralysie radiale, théorie de la compression, par JOFFROY** (*Soc. méd. des hôpitaux,* 1884).

VI. — **Brachial monoplegia with anesthæsia, par C.-J. NIXON** (*The Dublin Journ. of med. Sc., p.* 404, *mai* 1884).

VII. — Distribution of anaesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus, par J. ROSS (*Brain, p.* 51, *avril* 1884).

I. — Homme robuste de 38 ans, qui passait dix à douze heures par jour à scier du bois. Depuis quelque temps, il était pris d'une sorte de crampe douloureuse qui le saisissait au moment où il faisait usage de la scie : il pouvait impunément se livrer à tout autre travail manuel : celui-là seul excitait le spasme fonctionnel.

Un examen approfondi des symptômes montra qu'il existait un léger degré d'atrophie du muscle sus-épineux droit, et du grand pectoral correspondant, surtout dans sa portion claviculaire.

En même temps existaient des points douloureux à la pression sur le trajet des nerfs de la région : ainsi au niveau du deuxième espace intercostal, le long de l'épine de l'omoplate et sur les insertions du grand pectoral.

Les muscles étaient infiniment plus excitables qu'à l'état normal sous l'influence de l'électrisation. La douleur du reste avait été le premier symptôme qui chez le malade avait précédé le spasme.

L'auteur admet en pareil cas une névrite avec atrophie musculaire secondaire, par excès fonctionnel : il réserve la question d'une lésion centrale de la moelle. H. R.

II. — L'auteur a observé la contracture du splénius chez une femme de 40 ans, qui en était atteinte depuis six ans. Le début avait été lent et progressif, sans douleurs, mais avec une sensation fort pénible de raideur de la nuque. La gêne qu'elle en éprouvait était si considérable qu'elle pouvait à peine vaquer aux occupations domestiques.

Outre l'attitude spéciale de la tête, l'auteur constata que le muscle splénius droit formait une masse dure et résistante entre le trapèze et le sterno-mastoïdien qui étaient absolument lâches : le diagnostic n'était donc pas douteux.

L'auteur remarqua que l'électrisation du splénius sain, non contracturé, du côté gauche avait pour résultat de rendre à la tête son attitude normale. Il s'inspira de cette découverte pour le traitement de la malade et faradisa le muscle sain d'une façon régulière.

Au bout de six semaines il n'existait plus qu'un très faible degré de torticolis.

Ce résultat, déjà obtenu par Duchenne dans des circonstances analogues, prouve qu'ici la contracture d'un splénius est due à la faiblesse de l'autre splénius qui joue le rôle d'antagoniste. L. GALLIARD.

III. — Chez les malades atteints de sciatique, la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant fléchie, reste parfaitement indolore, tandis que la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant étendue, provoque une vive douleur au niveau de la fesse.

Il était intéressant de rechercher la pathogénie de ce signe clinique, dont la valeur — ainsi que l'a indiqué Lasègue — est de premier ordre.

Des expériences précises ont permis à l'auteur de reconnaître que la production de la douleur se rattache surtout à l'état de tension ou de détente du sciatique dans les mouvements des divers segments du membre inférieur. Lorsque la jambe est dans l'extension et qu'on plie la cuisse sur le bassin, le nerf sciatique subit une tension considérable qui n'est pas douloureuse à l'état normal, mais qui le devient aussitôt que sa sensibilité est exagérée par une cause quelconque. Quand la jambe est fléchie et qu'on imprime à la cuisse le même mouvement, il est au contraire complètement détendu, et la douleur est nulle. V. HANOT.

IV. — Il s'agit dans ce cas d'un ouvrier émailleur qui travaillait environ

dix heures par jour, la partie interne des avant-bras, de l'avant-bras droit surtout, appuyée sur le rebord d'une table; lorsqu'il se présenta à la consultation de la Salpêtrière, on constata chez lui de l'engourdissement des deux derniers doigts de la main droite, se généralisant parfois à tout le membre quand le malade se couchait sur le côté droit, et de la douleur le long du bord interne de l'avant-bras se produisant quand le cubital était comprimé. La sensibilité était intacte sous toutes ses formes, les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts étaient gênés, les mouvements d'extension et de flexion au contraire s'exécutaient avec facilité, enfin l'adducteur du pouce était atrophié. C. GIRAUDEAU.

V. — Un homme de 36 ans, vigoureux, mais rhumatisant, ni saturnin, ni alcoolique, porte sur un crochet un fardeau de 50 kilogrammes environ, à une distance de 1,500 mètres. Il est dix heures du matin, au mois d'août; la température est élevée. A son arrivée, cet homme est surpris de ne pouvoir se servir de sa main gauche dans laquelle il ressent des fourmillements passagers; mais la main reste inerte. Il existe une paralysie radiale classique; douze jours après le début on note une diminution de la contractilité faradique dans les muscles paralysés.

Le malade guérit en cinq semaines.

Des investigations plus précises sur l'étiologie apprirent à Joffroy que le malade en portant son fardeau avait les bras croisés, la main gauche reposant sur le coude droit, pendant que les doigts de la main droite, fléchis en crochet, tenaient le bras gauche à sa partie moyenne; or, dans cette position, ils exercent une compression sur le bord externe de l'humérus là où le nerf radial est superficiel.

C'est donc à la compression du nerf, et non au refroidissement qu'il faut rattacher ce cas; et en généralisant Joffroy admet que l'on doit regarder comme due à la compression toute paralysie radiale survenant rapidement et frappant tous les muscles animés par le nerf radial au-dessous du coude, avec intégrité de la puissance motrice des autres muscles. Il fait de plus observer que chez le malade qu'il a vu il existait aussi un affaiblissement du triceps brachial. Le membre gauche n'offrait qu'une faible résistance quand on cherchait à plier les membres étendus. Le vaste interne du triceps était donc touché; et cette paralysie s'explique également par la situation des doigts en crochet.

H. L.

VI. — M. O..., âgée de 19 ans, bien constituée, sans aucun antécédent nerveux. Le 23 mai, étant occupée à laver des vêtements dans l'eau chaude, elle plonge ses bras dans l'eau froide, et presque immédiatement s'aperçoit qu'elle ne sent plus l'impression de la chaleur avec son bras gauche. Le soir même, affaiblissement du bras, sans paralysie, car elle peut encore traire ses vaches : mais elle a de la peine à soulever un poids un peu lourd. Le lendemain matin elle s'éveille avec le bras froid et engourdi, incapable de mouvements actifs, quoique incomplètement paralysé. Les jours suivants, l'engourdissement gagne l'épaule gauche et le côté du thorax, presque jusqu'à la fosse iliaque, s'accompagnant d'une sensation de froid pénible : enfin, cinq à six semaines après, le côté gauche de la face se prend à son tour.

Etat actuel (23 octobre) : parésie du bras gauche, impotence fonctionnelle, bien qu'elle puisse remuer les doigts et redresser le poignet : mouvements de l'épaule très limités. Contractilité électrique conservée, pas de contracture.

Dans toutes les parties parésiées, sensation de froid et d'engourdissement : anesthésie tactile complète; absence de perception de la douleur et des changements de température : les piqûres de la peau ne produisent aucune hémorragie. Il existe cependant une paralysie vasomotrice du bras, qui est violacé

et rouge vineux, contrastant avec son congénère. Quelques troubles trophiques, ressemblant à des engelures au niveau des doigts correspondants.

Pas de troubles des organes des sens, sauf une obtusion de l'odorat également prononcée aux deux narines. Aucun trouble génital ou ovarien.

L'auteur rejette l'idée d'une paralysie hystérique et admet la possibilité d'une névrite ayant débuté par le plexus brachial pour s'étendre secondairement au plexus cervical et aux nerfs intercostaux. L'anesthésie de la face n'est cependant pas en rapport avec cette hypothèse. H. R.

VII. — Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Chacun des troncs nerveux du plexus brachial, pris isolément, peut être complètement sectionné sans qu'il s'ensuive une anesthésie complète sur n'importe quel point de la distribution des filets sensitifs du nerf. Quand on constate l'anesthésie totale, elle est toujours limitée à une région fort circonscrite, beaucoup moins étendue que l'aire de la distribution anatomique du nerf;

2° L'anesthésie produite par la section du nerf ou des nerfs du plexus brachial tend à diminuer comme intensité et à se circonscrire comme étendue. Il s'ensuit que l'aire sensitive est toujours supérieure à ce que l'on supposerait d'après la topographie du nerf;

3° Cliniquement, l'étendue, le degré, et même la localisation de l'anesthésie par section nerveuse, diffèrent considérablement suivant les cas, sans qu'on puisse trouver la raison de ces différences dans la nature de la lésion nerveuse ni dans les circonstances qui l'ont accompagnée;

4° Les descriptions topographiques de Krause et de Henle sur la distribution des branches nerveuses digitales se rapprochent le plus des faits pathologiques. H. R.

De la névrite cubitale provoquée par les contusions et compressions répétées résultant de l'exercice de quelques professions, par E. LEUDET (*Associat. française, Congrès de Rouen, p.* 766, 1883).

1° Les contusions répétées, comme celles résultant de l'exercice de certaines professions, peuvent développer une névrite cubitale.

Ces professions étaient celles de menuisier, de cordonnier, d'imprimeur sur indiennes, de teinturier, c'est-à-dire des professions qui nécessitent l'emploi d'un instrument qui contond l'éminence hypothénar;

2° La névrite débute par des douleurs plus ou moins vives dans l'éminence hypothénar, avec foyers plus ou moins nombreux au-dessus et au-dessous du point habituellement contusionné. La douleur augmente par la pression, est susceptible chez quelques malades de provoquer une trépidation des muscles animés par le cubital. Il s'y joint un engourdissement, et dans le plus grand nombre des cas une diminution de la sensibilité cutanée;

3° La motilité est en général compromise à une époque plus tardive;

4° L'atrophie musculaire est le plus souvent peu prononcée;

5° Le développement des symptômes est lent, la maladie présente des rémissions, des recrudescences, des récidives séparées par des intervalles de quelques mois et même de plusieurs années;

6° Les symptômes de névrite cubitale ne sont pas suivis en général d'accidents se rapportant à une lésion des centres nerveux; l'affection est susceptible de guérison. A. C.

I. — **Ueber Polyneuritis acuta (Multiple Neuritis)**, par R.-H. PIERSON (*Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 229).

II. — **Et Tilfaelde af Polyneuritis acuta, etc. (Cas de polynévrite aiguë (Pierson) à la suite d'un purpura rhumastimal)**, par C. BŒCK (*Tidsskr. f. prakt. Med. t. III*, n°s 17 et 18, 1883).

III. — **Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis**, par A. STRÜMPELL (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *Bd. XIV*, *Heft* 2, *p.* 339, 1883).

IV. — **Ein Fall von multipler Neuritis**, par F.-C. MÜLLER (*Ibid.*, *Bd. XIV*, *Heft* 3, *p.* 669, 1883).

V. — **Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis**, par O. VIERORDT, (*Ibid.*, *p.* 678).

VI. — **Ein Fall von multipler Neuritis**, par GUTTMANN (*Deutsch. med. Wochenschr.* n° 19, 1884).

VII. — **Bemerkungen über gewisse Formen der neurotischen Atrophie, etc. (Remarques sur certaines formes d'atrophie névrotique (névrite dégénérative**- par W. ERB (*Neurolog. Centralbl.*, n° 21, 1883).

VIII. — **Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder peri phere Natur (Des paralysies atrophiques progressives, leur nature centrale ou périphérique)**, par C. EISENLOHR (*Ibid.*, n°s 7 et 8, 1884).

IX. — **Peripheral paraplegia**, par J. FERGUSSON (*Medical News*, 12 *avril* 1884).

I. — O. G..., 34 ans, employé, ressentit, le 12 août 1881, des fourmillements dans les pieds, le lendemain d'une promenade de plusieurs heures. Dans les jours qui suivirent, les jambes furent envahies par une faiblesse qui fit des progrès rapides, en même temps que les fourmillements et les douleurs du début augmentaient. Le 18 août, il dut prendre une voiture pour s'en retourner de son bureau chez lui. Le 24 août, la paralysie des membres inférieurs était complète. La figure paraissait tuméfiée, et le médecin traitant diagnostiqua une paralysie faciale double. P. 90. La température n'a pas été relevée.

Le 27 août, ictère très prononcé. L'urine contient du pigment biliaire. Le lendemain, on constatait que l'excitabilité faradique des nerfs et des muscles était conservée aux jambes. Les jours suivants, sueurs profuses.

Le 4 septembre, on constate une diminution de force dans les membres supérieurs. Depuis quelques jours déjà, le malade avait des fourmillements dans les doigts. L'excitabilité faradique des nerfs et des muscles était presque complètement abolie aux membres inférieurs. P. 124. L'ictère est en voie de disparaître. Le malade se plaint d'une certaine gêne respiratoire. L'examen des organes thoraciques ne donne que des résultats négatifs.

10 septembre. Progrès de la paralysie aux membres supérieurs avec diminution notable de l'excitabilité faradique des nerfs et des muscles. La sécrétion de la sueur est redevenue normale; l'ictère a disparu.

Le 20 septembre, M. Pierson vit pour la première fois le malade. Atrophie notable des muscles paralysés. Hyperesthésie cutanée généralisée, avec diminution des sensibilités tactile et musculaire. Pas de tremblement fibrillaire. Pas d'albuminurie. P. 132. Pas de fièvre. Sommeil troublé par les douleurs. Appétit diminué. Excitabilité faradique des nerfs et des muscles abolie aux membres; avec le courant galvanique, signes de la réaction de dégénérescence. A la face, la paralysie intéresse toutes les ramifications de

la septième paire, contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des cas de paralysie bulbaire.

Dans la suite, la paralysie se dissipa peu à peu à la face et aux membres, les muscles atrophiés gagnèrent de nouveau en volume. A la fin de janvier 1882, le malade pouvait faire quelques pas sans le secours d'un aide. Le 4 février, il fit l'objet d'une présentation à la Société de médecine de Dresde A ce moment, sa démarche était encore pénible, mais n'avait rien de celle des ataxiques ou des malades atteints du tabes spasmodique. Les réflexes tendineux étaient abolis ; les réflexes cutanés diminués. L'excitabilité faradique des muscles et des nerfs était encore abolie dans les muscles paralysés.

L'auteur attribue tous ces symptômes à un processus inflammatoire aigu intéressant les troncs nerveux. Après avoir passé en revue les principaux faits de polynévrite publiés avant lui, M. Pierson ajoute quelques mots concernant le pronostic, qui paraît être assez grave, et termine par quelques observations sur le traitement : injections de morphine, frictions avec de l'eau chloroformée contre les douleurs ; bains chauds, simples ou salins ; application du courant galvanique. Digitale contre l'accélération du pouls. Leyden a vanté l'acide salicylique contre la fièvre et les douleurs. Il faut mettre les malades à un régime tonique, pour combattre l'anémie.

II. — H..., 54 ans ; a été malade dans son enfance. Fièvre typhoïde grave à 10 ans ; rhumatisme articulaire aigu à 40 ; chancre induré deux ans plus tard. A contracté la syphilis, mais sans manifestations consécutives. A la fin de février et du 5 au 7 mars a eu plusieurs poussées de purpura, avec fièvre, raideur musculaire, douleurs, épanchements intra-articulaires aux quatre membres. Le 12 mars, après une amélioration passagère, retour de la fièvre, sueurs profuses, grande prostration, douleurs rhumatoïdes dans les avant-bras. Engourdissement et sensations de paresthésie dans le pouce et l'index de chaque main. Signes très nets d'une lésion cardiaque. Dans la nuit du 16 au 17, paralysie des avant-bras, puis du bras gauche, et diminution de la sensibilité, jusqu'à la partie moyenne des bras.

Le 18, douleurs dans les membres inférieurs, dans le pied droit surtout. La paralysie gagna en extension des membres supérieurs et envahit les membres inférieurs ; la sensibilité était émoussée sur toute l'étendue des membres supérieurs et des membres inférieurs jusqu'aux genoux. Bientôt survint une atrophie à marche rapide, puis des accès graves de dyspnée. Constipation opiniâtre. Émission involontaire d'urine une seule fois.

L'état du malade commença à s'améliorer au commencement de mai ; toutefois, quatre ans après le début des accidents, il restait encore des traces de l'atrophie musculaire. Les muscles des mains, des avant-bras, du bras et de la jambe gauches ne réagissaient pas sous l'influence des excitations avec le courant faradique. Excitabilité faradique des nerfs très compromise. Légère contracture aux doigts. Le traitement a consisté dans l'emploi de vésicatoires volants, de l'ergotine ; séjour à la campagne.

D'après Bœck, il s'agissait là d'une polynévrite, et pour rendre compte de la pathogénie des troubles observés chez ce malade, l'auteur est porté à admettre l'existence d'un centre vaso-moteur spécial tenant sous sa dépendance les nerfs périphériques.

III. — Strümpell rappelle qu'on est exposé à confondre avec la poliomyélite antérieure aiguë ou subaiguë des processus qui se rattachent à la névrite multiple dont des exemples assez nombreux ont été publiés dans ces

vingt dernières années (Duménil, Eichhorst, Eisenlohr, Joffroy, Leyden Grainger Stewart, Struve), c'est-à-dire qu'on rencontre le syndrome où domine une atrophie musculaire à marche rapide, alors que l'autopsie démontre l'absence de lésions centrales et l'existence d'une névrite multiple limitée aux filets moteurs. Strümpell en rapporte un nouvel exemple :

G. Z..., 47 ans, confiseur. A fait des excès de boissons depuis plusieurs années. Douleurs lancinantes dans les quatre membres. Depuis un an ces douleurs se sont accusées. En même temps, faiblesse et incertitude dans les jambes pendant la marche. Aggravation subite de ces symptômes, il y a dix mois (avril 1881). Le malade est condamné à garder la chambre ; mais pendant trois semaines il peut encore marcher sans le secours d'un aide. Puis nouvelle aggravation. Une nuit le malade, sans cause appréciable, devint très agité. Depuis cette époque, il divagua par moments. Le 25 novembre, il fut admis à l'hôpital de Leipzig. Impuissance motrice complète aux quatre membres. Parole traînante, mais nette. Pas de paralysie des muscles de la face. Pupilles étroites réagissant bien. Un peu de dysphagie. Léger œdème des mains. Sensibilité un peu diminuée aux membres, surtout aux membres inférieurs. Abolition des réflexes tendineux aux quatre membres ; réflexes cutanés supprimés aux membres supérieurs, affaiblis aux membres inférieurs. Aux membres et aux troncs, atrophie musculaire très prononcée ; un peu moindre aux avant-bras qu'aux bras et aux mains, moindre aux mollets que dans le reste des membres inférieurs. Diminution considérable de l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs et des muscles, qui est même abolie en beaucoup de points. Urination et défécation normales. T. 38°,2. P. 124. Cette fréquence du pouls s'est maintenue pendant toute la durée de l'observation. Température oscillant entre 38 et 39°. Ce léger mouvement fébrile est attribuable à la tuberculose pulmonaire dont on constate l'existence.

En février 1882, gêne respiratoire à début brusque, due à ce que le diaphragme cesse de se contracter. A cette époque, l'examen ophtalmoscopique révèle une atrophie de la portion extérieure des deux nerfs optiques. Le 13 février, le malade meurt par asphyxie.

Autopsie : Phtisie tuberculeuse des poumons, de moyenne intensité. Œdème pulmonaire terminal. Altérations tuberculeuses de l'intestin. Cerveau et moelle normaux. Il en est de même des racines antérieures de la moelle Des fragments de divers nerfs périphériques présentent également à l'œil nu un aspect normal. Par contre, dans les fragments de nerfs qui avaient séjourné pendant vingt-quatre heures dans de l'acide osmique, l'examen microscopique décèle une dégénérescence atrophique très prononcée, portant sur un très grand nombre de fibres nerveuses. Mêmes altérations sur des coupes transversales, provenant de troncs nerveux préalablement durcis. Pas de lésions inflammatoires appréciables. Atrophie d'un grand nombre de fibres musculaires dans les muscles striés, avec multiplication considérable de noyaux, et légère prolifération du tissu conjonctif interstitiel et adipeux. L'examen de la moelle et des racines antérieures durcies dans le liquide des Müller a montré de la façon la plus indubitable l'intégrité parfaite de ces organes.

L'auteur insiste sur la grande analogie des symptômes observés avec ceux de la poliomyélite antérieure, qu'on avait du reste diagnostiqués du vivant du malade. Il est vrai que celui-ci présentait des troubles de la sensibilité (diminution de la sensibilité presque insignifiante). Les douleurs spontanées, à caractère lancinant, les douleurs provoquées se manifestant surtout quand le malade était porté au bain ont été signalées dans les cas de poliomyélite antérieure.

L'atrophie des nerfs optiques, les troubles respiratoires symptomatiques de la dégénérescence du nerf phrénique présentent un grand intérêt au point de vue clinique. De même pour l'accélération du pouls, qui a été également notée par Scheube, dans la maladie connue sous le nom de kak-ke (béribéri des Japonais), qui, au point de vue anatomique, se caractérise essentiellement par une névrite multiple intéressant, entre autres, le pneumogastrique. L'œdème des extrémités, noté chez le malade de Strümpell, et qui est également un symptôme du kak-ke, peut être considéré comme un trouble vaso-moteur.

En terminant, Strümpell relate un cas de paralysie à marche aiguë, avec terminaison fatale, et qui, selon lui, se rattache vraisemblablement à la névrite multiple.

Il s'agit d'un homme de 22 ans, entré à l'hôpital le 22 septembre 1878. La maladie, qui datait de huit jours, avait débuté par de la céphalalgie, de l'anorexie, de la prostration, des douleurs lancinantes dans tous les membres, un peu de diarrhée. La veille, le malade avait dû s'aliter. Le jour de l'entrée il avait une fièvre vive. T. 39°,9. P. 100. Les membres étaient extrêmement douloureux à la pression. A part cela, rien d'anormal, pas de signes de paralysie motrice.

Le 24 septembre, le malade, très agité, quitte le lit. Il pleie sur les jambes. Un peu d'albumine dans les urines.

Le 26 septembre, le malade éprouve une grande lourdeur dans les jambes. Il ne peut plus se dresser sur son séant. Quand on le relève, il éprouve de violentes douleurs dans le dos, avec irradiation dans les cuisses.

Le 28 septembre, parésie très marquée des jambes et du bras droit. Œdème sur le dos de la main droite. Sensibilité intacte. P. 132. Le lendemain, le malade a de l'appétit; les douleurs dans le dos et les membres se sont dissipées; paralysie complète des quatre membres, avec conservation de la sensibilité; abolition des réflexes cutanés et tendineux. Sueurs profuses, un peu d'albuminurie. Fièvre à type remittent. Vers midi, une dyspnée subite (40° R.) emporte le malade en quelques heures. A l'autopsie, on ne trouva d'autres lésions viscérales que de l'œdème pulmonaire et une légère tuméfaction de la rate. Le cerveau et la moelle ne présentaient pas d'altérations, aussi bien à l'examen microscopique qu'à l'œil nu. L'examen des nerfs périphériques a été négligé.

Du vivant du malade, on avait porté le diagnostic de paralysie ascendante aiguë (Landry). Nul doute, selon l'auteur, que si l'examen des nerfs périphériques eût été pratiqué on eût constaté les lésions de la névrite multiple. D'autre part, les phénomènes généraux du début, la dépression psychique et la tendance au délire, observée par moments chez le malade, la tuméfaction de la rate, l'albuminurie, sont autant de raisons en faveur de l'hypothèse qu'il s'agissait dans ce cas d'une affection infectieuse, interprétation appliquée depuis des années par Westphal à la pathogénie de la paralysie ascendante aiguë.

Strümpell mentionne en quelques mots un autre cas de paralysie aiguë des quatre membres et du tronc, où la mort survint, par asphyxie, au bout de cinq semaines. L'atrophie avait envahi les muscles paralysés qui ne répondaient plus aux excitations électriques. La moelle examinée au microscope fut trouvée normale, sauf quelques petites hémorragies capillaires sans importance. Ici encore l'examen des nerfs périphériques a été négligé.

Enfin, Strümpell se rappelle avoir vu dans son service trois ou quatre

malades qui ont présenté des paralysies musculaires plus ou moins étendues, après avoir eu des douleurs et de la fièvre (40°,4 dans un cas), et qui ont complètement guéri au bout de quelques mois. Ces cas, qu'il considérait alors comme se rattachant aux myélites, il incline maintenant à les faire rentrer dans la névrite dégénérative multiple.

IV. — Femme de 60 ans, adonnée à la boisson, qui avait été affectée d'un rhumatisme articulaire subaigu, quatre mois avant son entrée à l'hôpital ; en même temps s'était développé un état de démence caractérisée par de la mélancolie et des idées délirantes. Tandis que l'affection articulaire rétrocédait, un grand nombre de muscles furent envahis par une paralysie d'intensité variable, accompagnée d'atrophie. Dans les masses musculaires frappées au plus haut degré par l'atrophie, l'exploration électrique révélait les signes de la réaction de dégénérescence ; c'est ce qui avait lieu dans les muscles des jambes, des avant-bras et des extenseurs de la jambe sur la cuisse.

Cette femme mourut subitement, trois semaines environ après son admission à l'hôpital. A l'autopsie, pratiquée par Recklinghausen, on trouva le cerveau et la moelle en état d'atrophie sénile, mais sans altérations de structure. Les racines spinales ne renfermaient pas de fibres dégénérées, contrairement à ce que l'on constata dans les troncs nerveux périphériques. Là, les fibres étaient dégénérées en plus grand nombre dans les rameaux intermusculaires que dans les gros troncs. Les fibres musculaires, dans les muscles atrophiés, étaient envahies en partie par la dégénérescence graisseuse, en partie par la dégénérescence vitreuse. Tubercules caséifiés et foyers broncho-pneumoniques dans les poumons ; quelques ulcérations tuberculeuses dans l'intestin.

V. — Jeune fille, de 23 ans, frappée d'une paraplégie subite, à la suite d'un refroidissement, disait-elle. Deux ans auparavant elle avait contracté la syphilis et avait été traitée avec succès, par les frictions mercurielles. Bientôt douleurs violentes dans les articulations du cou-de-pied, des genoux et des épaules. Sensibilité notablement émoussée aux jambes, jusqu'au tiers inférieur des cuisses. Au bout de cinq semaines de maladie, les muscles de la jambe se mirent à maigrir rapidement. L'exploration électrique donnait les mêmes résultats que ceux qu'on obtient dans les cas de paralysie périphérique à forme moyenne.

La paralysie envahit ensuite les membres supérieurs qui étaient très douloureux à la pression et qui présentaient les signes de la réaction de dégénérescence. L'atrophie fit des progrès rapides aux membres et envahit les muscles de la nuque et du dos. La respiration devint accélérée ; le diaphragme ne se contractait presque plus. P. 130-150. Obtusion des sens. Dans les derniers jours, légère élévation de la température. Mort au bout de deux mois et demi de consomption.

Autopsie. Phtisie pulmonaire commençante ; ulcération duodénale, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Ulcérations folliculaires dans le gros intestin et surtout dans le rectum.

Dans les ganglions centraux, petits foyers hémorragiques de date récente. A part cela, aucune altération des centres nerveux et des racines spinales antérieures. Au contraire, dans les troncs nerveux périphériques, principalement dans les nerfs vagues et sciatiques, un grand nombre de fibres nerveuses avaient disparu. Dans les filets nerveux destinés aux muscles gastrocnémiens, les fibres nerveuses étaient dégénérées presque en totalité. Dans les muscles, la dégénérescence des fibres striées était relativement peu prononcée.

A ce propos, l'auteur fait remarquer que la paralysie motrice a précédé l'atrophie musculaire. Il insiste également sur ce que l'anesthésie, dans ce cas, était très accusée, ce qui n'a point lieu dans la poliomyélite anté-

rieure. Pareil fait a été constaté dans les observations relatées plus haut.

De même, dans toutes ces observations, on a noté des lésions tuberculeuses. Vierordt mentionne, à cette occasion, deux observations de phtisie pulmonaire où, à une période avancée de la maladie, les jambes se prirent. Avec la parésie motrice coïncidait l'abolition du réflexe rotulien. Dans l'un de ces cas la sensibilité était émoussée, et la transmission des impressions sensitives ralenties. Dans les deux cas les rameaux nerveux qui se distribuaient aux gastro-cnémiens renfermaient un grand nombre de fibres dégénérées, tandis que la moelle et ses racines antérieures étaient en état de parfaite intégrité.

VI. — Une femme de 42 ans, toujours bien réglée, qui jouissait d'une santé parfaite, fut prise, en octobre 1882, de douleurs dans les lombes et les membres. A ces douleurs se joignit bientôt une telle faiblesse motrice, que la malade dut s'aliter dès le 8 octobre. Quatre jours plus tard, on constatait une paralysie motrice presque complète des membres inférieurs, du tronc et d'une partie des membres supérieurs. La malade racontait qu'au début de sa maladie, étant en train de faire une course, elle avait subitement éprouvé une sensation comme si elle n'avait plus conscience de ses membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc, et qu'elle fut obligée de chercher un appui pour ne pas tomber.

Les douleurs s'exaspérèrent principalement la nuit, où elles survenaient par paroxysmes, accompagnées d'une sensation d'engourdissement et de fourmillements. La sensibilité ne paraissait pas diminuée. Réflexes tendineux supprimés. Température normale. Pouls un peu accéléré. Respiration intacte. Pas de phénomènes bulbaires, pas de troubles de la miction et de la défécation. Par contre, les muscles paralysés ne tardèrent pas à être envahis par une atrophie diffuse, à répartition très irrégulière.

La malade fut soumise à l'iodure de potassium à hautes doses, jusqu'au 13 novembre, puis fut traitée par la faradisation. Fin décembre, elle pouvait être considérée comme guérie.

L'auteur signale, comme un détail intéressant, que le pouls revint à sa fréquence normale, et cela malgré l'administration de très fortes doses d'iodure de potassium.

Il discute ensuite les raisons pour lesquelles cette observation ne saurait être rattachée à la poliomyélite antérieure, ni à tout autre processus myélitique. Il insiste en particulier sur cette circonstance, que l'excitabilité électrique était assez bien conservée dans les muscles paralysés. Selon Guttmann, il ne pouvait s'agir, dans ce cas, que d'une affection diffuse du système nerveux périphérique.

VII. — Erb fait observer qu'il existe certainement dans la moelle des centres trophiques pour les filets nerveux moteurs et les muscles, et qu'il y a tout lieu de croire que des troubles purement fonctionnels atteignant ces centres trophiques peuvent entraîner des altérations anatomiques (atrophie dégénérative) des organes périphériques placés sous l'influence de ces derniers. Comme cette influence trophique se transmet dans le sens centrifuge et comme les résistances qui s'opposent à sa propagation augmentent au fur et à mesure qu'on s'éloigne vers la périphérie, on conçoit qu'une diminution de la résistance vitale des centres en question se fera sentir d'abord dans les points les plus éloignés de l'appareil moteur périphérique. Dès lors l'intégrité des racines antérieures de la moelle ne saurait être considérée comme une raison suffi-

sente de conclure que l'atrophie dégénérative des nerfs périphériques est le fait d'une affection périphérique.

VIII. — Voici une observation d'Eisenlohr qui vient à l'appui des vues d'Erb :

Un homme de 23 ans, admis à l'hôpital de Hambourg, le 9 mai 1883, avait été pris quelques semaines auparavant d'anorexie, de toux avec expectoration peu abondante. Quelques jours seulement avant son entrée à l'hôpital, il s'était alité. Il était dans un grand abattement et il avait les pieds enflés. Épanchement pleural à gauche, remontant jusqu'à la partie moyenne du scapulum. Déplacement du cœur vers le côté droit. Pas d'ascite. Pas d'albumine dans les urines. Mouvement fébrile continu, sans que la température dépassât 38°,5. Le 18 mai, il survint de l'incontinence des matières fécales qui ne persista que deux jours. Le 20 mai, les membres inférieurs furent frappés d'une paralysie qui fit des progrès rapides et était complète le 26 mai. Elle se compliquait d'une atrophie progressive des muscles paralysés. Pas de douleurs. La sensibilité était légèrement troublée aux membres inférieurs; le malade localisait mal les impressions. Réflexe patellaire aboli.

Au commencement de juin, fourmillements dans les doigts et faiblesse dans les membres supérieurs; le 8 juin, quelques groupes musculaires étaient déjà paralysés, par exemple les extenseurs de la main sur l'avant-bras ; au moment des inspirations le diaphragme ne se contractait pas.

Le 14 juin, l'atrophie avait envahi un grand nombre de muscles des membres supérieurs, et elle y était aussi prononcée qu'aux membres inférieurs. Légère atrophie des muscles du dos. Pas de spasmes, pas de contractures, pas de contractions fibrillaires, pas de douleurs à la pression dans les muscles paralysés.

Excitabilité faradique abolie dans presque toute l'étendue des membres inférieurs, aussi bien dans les nerfs que dans les muscles. Il en était de même de l'excitabilité galvanique des nerfs. L'exploration des muscles par le courant galvanique donnait les signes de la réaction de dégénérescence. Résultats analogues aux membres inférieurs, si ce n'est que quelques muscles réagissaient normalement contre les deux variétés de courants.

Sensibilité tactile légèrement émoussée aux membres inférieurs et sur l'abdomen. Pas de troubles dans la sphère des nerfs craniens.

Le 22 juin, la paralysie avait augmenté aux mains. Léger œdème, aux pieds, aux jambes, aux cuisses et aux mains. Quand le malade veut cracher, les muscles abdominaux ne se contractent que légèrement ; cependant, malgré la paralysie du diaphragme, il n'y a pas de dyspnée.

15 juillet. Pouls, de 100 à 120. Respiration, de 40 à 50. Température, 38-39°. Depuis trois jours, accès d'étouffement, qui allèrent croissant jusqu'à la mort (24 juillet).

Le diagnostic était : lésion de la substance grise des cornes antérieures, avec participation possible des cordons blancs. On avait rejeté l'hypothèse d'une névrite multiple dégénérative, à cause de l'absence de douleur à la pression des nerfs et des muscles.

A l'autopsie on trouva l'encéphale et ses enveloppes sans altérations aucunes. La moelle était, au palper, d'une consistance molle, excepté dans son segment inférieur. Sur des coupes transversales, la substance grise se détachait encore assez bien partout, mais ses limites étaient confuses ; sur la coupe des cordons postérieurs on apercevait une zone grisâtre aux limites mal dessinées, variable comme étendue et comme localisation. Sur des préparations durcies, on constatait une altération très nette des cellules ganglionnaires multipolaires des cornes antérieures dans les portions lombaire et sacrée.

Leur protoplasma était creusé de vacuoles rondes, qui occupaient quelquefois tout le corps de la cellule. Ou bien le corps de la cellule paraissait boursouflé, déformé, d'une teinte aqueuse, et le protoplasma coloré se réduisait à de minces lignes de contour, ou formait de petites masses précipitées. La plupart des cellules n'avaient plus ni noyaux, ni prolongements. Sur une même coupe, on rencontrait jusqu'à 4 et 6 de ces cellules. Les autres n'étaient pas exemptes d'anomalies. Elles s'imprégnaient inégalement de matière colorante, leur contour ne se dessinait bien que sur une partie de son trajet. Un petit nombre seulement de ces cellules avaient diminué de volume. Nulle part on n'y trouvait de pigment, nulle part de traces d'une division de noyaux. Cette altération des cornes antérieures allait en diminuant de bas en haut. Dans tout le segment dorsal, les cornes antérieures étaient d'une structure parfaitement normale. Au niveau de l'émergence des nerfs cervicaux inférieurs et entre les points d'émergence des quatrième et huitième paires dorsales, on découvrait de nouveau dans les cornes antérieures des cellules en état de dégénérescence vacuolaire.

Les *racines antérieures étaient partout d'une intégrité parfaite*. Par contre, les nerfs périphériques étaient le siège d'une dégénérescence très prononcée dans les ramifications terminales et qui allait en diminuant d'intensité de la périphérie vers le centre. Ainsi les rameaux intra-musculaires du nerf tibial ne renfermaient presque plus que des fibres nerveuses désagrégées; dans le tronc du nerf, le nombre des fibres dégénérées l'emportait encore sur le nombre des fibres intactes. De même, dans l'extrémité inférieure du tronc du sciatique, tandis que dans la partie supérieure du même nerf on ne rencontrait plus que quelques fibres dégénérées. On n'en trouvait plus dans les gros troncs nerveux du bras droit, ni dans ceux du plexus sacré. Les muscles des membres supérieurs étaient en majeure partie intacts ; çà et là se voyaient des fibres amincies, atrophiées. Au contraire, ceux de la jambe étaient le siège d'une dégénérescence granuleuse très prononcée.

Quelques coupes provenant du segment inférieur de la moelle ont été examinées au point de vue de la présence éventuelle des bacilles de Koch. Le résultat de cet examen a été négatif.

La *vacuolisation* des cornes antérieures, qu'on rencontre parfois dans des moelles saines et qui a été considérée par certains observateurs, par Schuls entre autres, comme une conséquence des manipulations nécessitées par le durcissement, était-elle une altération secondaire ou à la lésion primordiale? C'est à la seconde hypothèse que se rallie Eisenlohr, en considérant les altérations des nerfs périphériques comme le résultat de la lésion des cornes antérieures. A ce propos, Eisenlohr rappelle que M. Déjerine a publié un fait analogue au sien (*Arch. de phys.*, 1876) et que Leyden a admis l'interprétation opposée. Eisenlohr insiste encore sur ce fait que son malade présentait les lésions d'une tuberculose pulmonaire, qu'il est possible dès lors que les accidents de paralysie aient été de nature infectieuse.

IX. — Sous la rubrique de paraplégie périphérique, J. Ferguson publie un certain nombre de faits cliniques caractérisés par les symptômes suivants : abattement général, tremblement, fourmillements dans les membres, paralysie motrice très prononcée, atrophie des muscles, avec résolution. Quelquefois ces symptômes s'accompagnaient de troubles de la miction, d'une sensation de construction en ceinture. Ces manifestations morbides reconnaissaient pour cause l'impression du froid et de l'humidité. Elles seraient, selon l'auteur, l'expression d'une névrite périphérique généralisée. E. RICKLIN.

I. — Ueber eine dem Bilde... (Sur une affection du système nerveux central sans lésions anatomiques simulant la dégénérescence grise cérébro-spinale, avec quelques remarques sur la contraction paradoxale, par WESTPHAL, (*Arch. f. Psych. und Nervenkrankh., Bd. XIV, Heft* 1, p. 87, 1883).

II. — Un cas de paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, par ANTONINI (*Riv. clin. di Bologna, mars* 1883).

III. — Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse (De la paralysie ascendante aiguë), par RUMPF (*Deutsch. med. Woch., n°* 26, 1883).

IV. — Zur Casuistik der acuten aufsteigenden Paralyse (Cas de paralysie ascendante aiguë), par HUNNIUS (*ibid., n°* 43, 1883).

V. — Paralysis agitans nach Hemiplegie (Paralysie agitante apparaissant à la suite d'une hémiplégie), par B. AUERBACH (*Berl. klin. Woch., n°* 6, *p.* 85, 1882).

VI. — On a case of pseudohypertrofic paralysis, par J. ROSS (*Brit. med. Journ., p.* 200, *février* 1883).

I. — L'intérêt du mémoire de Westphal est dans les deux observations publiées par l'auteur, et qui constituent une véritable nouveauté pathologique.

Obs. 1. — J. N..., ouvrier, admis pour la première fois à l'hôpital de la charité de Berlin, le 6 août 1866, à l'âge de 18 ans, mort le 5 octobre 1875. Le père est mort, à l'âge de 38 ans, d'apoplexie ; il avait eu une « chorée » pendant plusieurs années. La mère vit en bonne santé. De 7 frères et sœurs qu'a eus le malade, 5 sont morts en bas âge, par suite de maladies aiguës; les deux autres sont bien portants. A 8 ans, le malade a eu la fièvre typhoïde, et a été très longtemps à s'en remettre . A 16 ans, il a eu la rougeole. Huit mois avant son entrée, il ressentit de la faiblesse dans les quatre membres et dans le dos. La marche était devenue pénible et le malade faisait des chutes fréquentes. Pendant trois semaines, il a eu de la diplopie, éprouvait une grande difficulté à marcher dans l'obscurité, avait de l'anesthésie plantaire, des douleurs lancinantes.

Au moment de son admission, on constatait chez le malade une certaine maladresse de la démarche qui, toutefois, n'avait rien de celle de l'ataxique. Il pouvait aisément exécuter des mouvements compliqués, comme de monter sur une chaise, et cela les yeux fermés. Pas de troubles de la sensibilité. Fonctions végétatives intactes. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Le malade niait avoir fait des excès vénériens. Il quitta l'hôpital peu de temps après, et ne se représenta que six ans plus tard, le 5 décembre 1882. A cette époque, quand, couché sur le dos, il soulevait ses membres inférieurs, ceux-ci étaient agités d'un tremblement qui s'arrêtait dès que les membres étaient au repos. Les bras, qui reposaient sur le thorax, étaient également agités de tremblement. Tous les mouvements étaient non seulement tremblés mais extrêmement lents quoique les contractions se fissent avec une grande énergie. Le tremblement des membres supérieurs était tel, que le malade ne pouvait pas marcher seul. Calme au repos, la tête était agitée par de légères secousses de tremblement, quand le malade se soulevait sur son lit. Lorsqu'on imprimait à la tête des mouvements en différents sens on se heurtait à une résistance manifeste de la part des muscles. L'expression de la face avait quelque chose de stupide, par suite de l'ouverture permanente de la bouche et d'un certain degré de ptosis. Les facultés intellectuelles étaient d'ailleurs très réduites. Les mouvements mimiques ne s'exécutaient qu'avec

une grande lenteur ou pas du tout, et les efforts faits à cette occasion déterminaient un tremblement de la tête, du tronc et des membres. La voix n'était plus modulée, elle avait un timbre nasillard; la parole était embarrassée mais non scandée.

Les mouvements des yeux se faisaient également avec une très grande lenteur. Pas de nystagmus, acuité visuelle intacte. Pas d'inégalité ni de dilatation des pupilles. Le malade affirme qu'il entend et qu'il sent bien. Pas de troubles de la déglutition ni des sphincters.

Dans le courant de mai 1873, le malade est tombé deux fois de son lit, sans en avoir conscience. Le tremblement provoqué par les mouvements volontaires est toujours très prononcé. Le malade peut encore marcher, mais très peu de temps et en maintenant les pieds écartés.

En 1875, il ne pouvait plus ni s'asseoir ni se tenir debout. La parole était devenue inintelligible. Le malade n'avait presque plus conscience de ce qui se passait autour de lui. Hyperesthésie cutanée générale. Mouvements de fièvre, durant lesquels la température s'élevait au-dessus de 40°. Sugillations aux membres inférieurs, et altérations scorbutiques de la bouche. Le 6 octobre, mort dans le collapsus.

Obs. 2. — B..., cordonnier, 36 ans, au moment de son entrée à l'hôpital, le 14 avril 1877, mort le 2 mars 1881. Le père est mort d'un coup de sang; la mère a été épileptique; sa sœur a été en traitement dans un asile, pour cause de mélancolie; ses deux frères sont morts sur le champ de bataille en 1870. Dans le courant de cette année, le malade a eu une ophtalmie et une affection dysentériforme, et un peu plus tard, au siège de Paris, la fièvre typhoïde. Six à sept semaines après qu'il se fût relevé de cette maladie, ses jambes et les articulations des pieds se mirent à enfler. L'enflure se dissipa à la suite de frictions mercurielles. Après la guerre, il reprit ses occupations de cordonnier. Il s'aperçut bientôt d'une certaine faiblesse des jambes; c'est à peine s'il pouvait soulever les pieds du sol. Il entra à l'hôpital de Greifswald. Bientôt il fut pris de violentes douleurs dans le dos, d'une sensation de constriction en ceinture, d'un engourdissement des mains, puis de douleurs lancinantes dans les jambes. Il quitta l'hôpital de Greifswald, légèrement amélioré. De violentes douleurs dans les membres l'obligèrent quelque temps après à se faire admettre à l'hôpital de Rostock. La constriction thoracique était revenue; le malade était fortement constipé, et éprouvait une certaine difficulté à uriner. En outre les jambes, puis les membres supérieurs se mirent à trembler sous l'influence de la moindre fatigue. Puis, survinrent de l'embarras de la parole, de la difficulté de se tenir debout et de marcher dans l'obscurité, des accès de vertige avec des troubles de la vue.

Quand il fut admis à l'hôpital de la Charité de Berlin, il présentait les symptômes suivants : embarras de la parole, à la fois tremblante et scandée; tremblement dans les membres, provoqué par les mouvements volontaires; grande fixité du regard; grande faiblesse dans les quatre membres; impossibilité de marcher sans appui, de se tenir debout dans l'obscurité. Certains mouvements passifs, par exemple l'extension des jambes, étaient impossibles. Le phénomène du genou était facile à mettre en évidence. Dans la suite, le patient eut des accès de fureur, au sortir desquels il avait perdu la mémoire, et des attaques avec perte de connaissance. Détail à noter, à la suite d'une angine tonsillaire, l'embarras de la parole et le tremblement se sont subitement améliorés. Cette amélioration fit de tels progrès, en août 1875, que le malade quitta l'hôpital. Il y rentra ce même jour, à la suite d'une attaque de perte de connaissance, au sortir de laquelle il présentait une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité des membres à droite, avec embarras de la parole. Bientôt il s'y ajouta une parésie motrice et sensitive des membres du côté gauche, avec tremblement à l'occasion des mouvements volontaires. Pas de paralysie faciale.

Après des phases successives d'amélioration et d'aggravation, B... fu trouvé mort dans son lit, le 2 mars 1881. La veille au soir, il était encore allé seul au cabinet d'aisances.

A l'autopsie de ces deux cas, on ne trouva pas d'altérations des centres nerveux, capables d'expliquer les symptômes observés. Dans les deux cas, la moelle examinée sur de nombreuses coupes après durcissement dans l'acide chromique présentait une structure normale, sauf que dans l'un des cas, le canal central s'était dédoublé dans la partie moyenne du segment cervical. Les nerfs périphériques étaient également intacts.

Westphal fait suivre la relation de ces faits d'une analyse détaillée des principaux symptômes. Il insiste sur la grande analogie des deux observations avec la sclérose cérébro-spinale multiple, et il en tire cette conclusion qu' : « il existe une névrose générale (qu'on pourrait peut-être appeler *pseudo-sclérose*, quoique cette dénomination ne soit pas très heureuse) qui ne peut être distinguée, ni quant à ses symptômes, ni quant à sa marche, du complexus symptomatique qu'on observe le plus habituellement dans les cas de dégénérescence cérébro-spinale multiple. »

Incidemment, Westphal s'est occupé du phénomène qu'il a décrit sous le nom de *contraction paradoxale* et qui existait chez les deux malades. Voici en quoi consiste ce phénomène : lorsque chez certains sujets, on met le pied dans la flexion dorsale, il reste fixé plus ou moins longtemps dans cette attitude, par suite d'une brusque contraction du muscle tibial antérieur, dont le tendon jaillit sous forme de corde rigide. Chez l'un des deux malades de Westphal, le phénomène ne durait pas moins de 27 minutes sans que le sujet eût conscience de l'attitude de son pied, sans que cette contraction, paradoxale occasionnât la moindre sensation anormale. Si pendant la durée du phénomène on cherchait à mettre le pied dans la flexion plantaire, on se heurtait à une résistance assez considérable. Le phénomène peut s'observer, d'ailleurs, sur d'autres muscles que sur le tibial antérieur, comme c'était le cas chez les malades de Westphal. Ce dernier a pris occasion de ces faits, pour réfuter la théorie émise par Erlenmeyer et consistant à dire que dans le phénomène de la contraction paradoxale, « la contraction du tibial antérieur est uniquement la suite du tiraillement que la flexion dorsale du pied imprime aux muscles antagonistes, aux gastro-cnémiens. » Westphal estime qu'à l'heure présente il est impossible de donner une explication plausible du phénomène.

Dans une note additionnelle (*loc. cit.*, fasc. 3, p. 767), Westphal rappelle que Killian a publié dans les *Archives de Psychiatrie* une observation qui, au point de vue du tableau clinique, réalisait également la plus grande ressemblance avec la sclérose en plaques; à l'autopsie on trouva les lésions de la myélite chronique diffuse.

D'autre part, Leyden, dans une communication verbale, a fait savoir à Westphal qu'il avait également observé un sujet qui, de son vivant, présentait les symptômes d'une sclérose diffuse disséminée de la moelle, et à l'autopsie duquel on ne put découvrir, ni à l'œil nu, ni à l'examen histologique, la moindre trace de lésions centrales. E. RICKLIN.

II. — Une femme de 55 ans, très légèrement hystérique et impressionnable, non réglée depuis 6 ans, ressent le 1er mars 1881 un peu de faiblesse dans les jambes. Cette paralysie devient à peu près complète le lendemain matin; les réflexes sont conservés ainsi que les divers modes de sensibilité. Pas

de douleurs, pas de troubles de la vue, pas de céphalalgie, température à 38-39°; le soir, la paralysie est complète, et la malade ressent de la faiblesse et des fourmillements dans les mains. Le troisième jour de la maladie, difficulté pour respirer, qui va en augmentant de plus en plus jusqu'au septième jour. En même temps, la motilité volontaire est abolie dans les membres supérieurs. Les sphincters fonctionnent toujours bien. L'excitabilité faradique et galvanique des nerfs moteurs et des muscles ne paraît pas avoir diminué; pas de signe d'atrophie. La fièvre oscille entre 37°,5 le matin, et 39° le soir. La difficulté de la respiration augmente le huitième et le neuvième jour, il y a de nombreux râles aux deux bases des poumons. La toux est très difficile. A partir du douzième jour, la malade peut remuer un peu les doigts et les bras. La paralysie va dès lors en diminuant rapidement; elle a cessé le seizième jour, mais la malade conserve encore une fièvre assez vive, symptomatique de la broncho-pneumonie qui persiste aux deux bases. Cette complication ne fut terminée qu'au bout d'un mois et demi. La malade a été revue depuis la guérison et n'a présenté aucun signe d'atrophie musculaire. F. BALZER.

III. — Un garçon de 12 ans, né de parents sains, est atteint, en novembre 1881, de douleurs et de fourmillements, puis d'affaiblissement progressif des membres inférieurs avec anesthésie débutant aux pieds et remontant ensuite au-dessus des genoux. On note bientôt chez lui de la parésie du tronc et des membres supérieurs, de la dyspnée et des troubles de la déglutition.

Le 18 décembre, l'auteur constate la paralysie complète des membres inférieurs, l'affaiblissement considérable des muscles de l'abdomen et du dos, la faiblesse légère des bras, l'intégrité du cou et de la tête. Anesthésie complète jusqu'à 3 centimètres au-dessus des genoux. Perte absolue du sens musculaire. Absence du réflexe plantaire, réflexes diminués au crémaster et à l'abdomen, conservés et normaux au tendon d'Achille et à la rotule, ainsi qu'aux membres supérieurs. Pas d'atrophie musculaire ni de trouble trophique. Pas de contracture. Rien du côté de la vessie ni du rectum. Pas de fièvre.

L'auteur prescrit : ventouses scarifiées au dos, iodure de potassium.

30 décembre. L'anesthésie envahit la totalité des membres inférieurs. On constate que les muscles et les nerfs réagissent normalement sous l'influence des courants faradiques et galvaniques.

Application quotidienne des courants galvaniques sur la colonne vertébrale et sur les muscles.

15 février. Le malade accuse passagèrement une certaine difficulté à respirer et à déglutir.

1er mars. Amélioration dans l'état des muscles du tronc; le sujet peut s'asseoir sur le lit; mais les membres inférieurs restent absolument privés de motilité et de sensibilité. On se contente d'électriser tous les deux jours. Massage.

Le 15 avril, on remarque quelques légers mouvements des orteils. A la fin du mois, des contractions volontaires se produisent passagèrement après l'électrisation dans le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux, plus tard, le triceps fémoral et les gastro-cnémiens. Puis le malade acquiert la perception des excitations très énergiques.

Les 4 et 5 juin, l'amélioration devient brusquement très rapide. Le 6 juin, le jeune garçon peut se tenir debout et marcher ; il a recouvré le sens musculaire; la sensibilité n'est pas encore parfaite, et le réflexe plantaire fait défaut.

Au mois de juillet, guérison complète. L'année suivante, l'auteur trouve le sujet dans un état de santé parfait.

Cette observation nous montre l'évolution complète de la maladie en sept mois, avec guérison. L'auteur l'assimile à la paralysie de Landry, bien qu'elle s'en distingue par l'anesthésie des membres inférieurs;

mais elle s'en rapproche par la marche des accidents, la conservation de l'excitabilité électrique, l'intégrité du rectum et de la vessie, l'absence d'atrophie musculaire et de troubles trophiques. L. GALLIARD.

IV. — On remarquera dans cette observation la disparition rapide des réflexes rotuliens; ce signe n'annonce pas, comme Rumpf l'admet, l'incurabilité des lésions, puisque ici la guérison survint.

Un menuisier de 64 ans, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse, s'expose un jour à la pluie pendant trois heures. Au bout de trois semaines (fin de juin 1882), il éprouve de l'affaiblissement des membres inférieurs et devient incapable de travailler debout; puis les bras s'affaiblissent à leur tour.

Le 27 juillet, l'auteur constate les phénomènes suivants : paraplégie presque complète, sans contracture, sans atrophie musculaire; paralysie moins prononcée des membres supérieurs, le malade peut élever les bras dans la situation horizontale et faire usage de ses mains. Pas de troubles de la vessie ni du rectum. Abolition complète des réflexes plantaire et rotulien. Conservation de la sensibilité cutanée et du sens musculaire. Rien à noter du côté de la tête et des yeux. État général satisfaisant, appétit normal.

9 août. Paralysie complète des quatre membres; il n'y a même plus de mouvements des doigts. Conservation de l'intelligence et de la sensibilité; fonctions vésicales et rectales conservées.

16 août. Dyspnée par défaut des forces expiratrices, impossibilité de tousser et de cracher, sans difficulté de l'inspiration. En même temps, troubles de la déglutition et de la mastication. Le malade peut à peine prononcer quelques paroles. La paralysie des membres est invariable. Un peu d'œdème du dos des mains et des pieds, ainsi que de la face interne des cuisses. Pas de cyanose.

23 septembre. Le médecin retourne chez son malade; à sa grande surprise, il voit celui-ci venir ouvrir lui-même la porte. Le patient marche depuis 15 jours, et raconte que c'est aux doigts, puis aux membres supérieurs que la motilité a reparu tout d'abord; les jambes ont recouvré ensuite progressivement leurs forces. Actuellement, la jambe gauche offre moins de résistance que la droite. Il n'y a plus de troubles de la parole, de la respiration ni de la déglutition. Le réflexe rotulien fait absolument défaut, mais le réflexe plantaire commence à reparaître. L'œdème a disparu.

23 janvier 1883. L'amélioration s'est accentuée, et le malade peut faire plusieurs lieues à pied. Son état général est excellent. Guérison complète, sauf pour ce qui concerne le phénomène du genou à gauche et la légère différence des jambes. Ces dernières traces de la maladie ont complètement disparu le 15 mai. L. GALLIARD.

V. — Oppolzer, Leyden et Grasset ont observé chacun un exemple de paralysie agitante survenue après une attaque apoplectique, mais limitée au côté paralysé. En revanche, le fait de Westphal (*R. S. M.*, XIV, 143) était jusqu'ici le seul de paralysie agitante bilatérale posthémiplégique.

L'observation d'Auerbach ne diffère de celle d'Oppolzer que par l'extension des troubles morbides et l'absence d'anesthésie du côté paralysé (*R. S. M.*, II, 643 et 686; X, 601; XI, 155 et 625; XII, 182; XIII, 179; XIV, 143; XV, 168; XVII, 589 et 590; XXI, 605). J. B.

VI. — Enfant de 10 ans, suivi dans différents hôpitaux depuis 1879. Dentition lente; commença à marcher à l'âge de 16 mois. A cinq ans, on remarqua que ses bras et ses jambes, tout en étant volumineux, étaient mous et faibles : il était maladroit et avait de la peine à se relever après une chute; cependant, cette date, il était susceptible de faire deux ou trois kilomètres à pied. A six ns, la faiblesse fit des progrès, en même temps que s'accusait l'hypertrophie des mollets, des fesses et des muscles du bras : l'hydrothéra-

pie fut essayée sans aucun succès. Aucun cas d'affection nerveuse n'existait dans sa famille.

En novembre 1879, l'enfant commence à être soigné par le Dr Brown : il avait alors l'aspect décrit par Duchenne (de Boulogne); ses cuisses mesuraient 10 pouces et demi, son mollet 10 pouces ; les pieds étaient fixés dans la position du pied bot varus équin. La marche était difficile, mais possible ; l'enfant ne pouvait se relever une fois à terre.

Dans la station verticale, le rachis présentait une lordose accentuée ; les jambes étaient fort écartées, et en marchant, l'enfant se dandinait à droite et à gauche. Le réflexe patellaire était nul, les réflexes cutanés conservés.

A partir de 1880, la station verticale et la plupart des mouvements devinrent impossibles, les muscles temporaux et masseters s'hypertrophièrent, ce qui donna à la physionomie l'apparence d'une bouffissure étrange. En avril 1882, il fut pris de diarrhée, de vomissements, et succomba dans le collapsus en quelques heures.

Autopsie, 32 heures après la mort. Rigidité cadavérique. Panicule adipeux sous-cutané très épais. Muscles jaunâtres et décolorés, transformés presque totalement en graisse, surtout les jumeaux et les fessiers, ainsi que les longs du dos et les splénius. Aucune lésion macroscopique appréciable des centres nerveux. Cœur dilaté ; parois épaisses, mais pâles et jaunâtres, surcharge adipeuse au niveau du sillon interventriculaire.

A l'examen histologique, les fibres musculaires avaient presque totalement disparu ; on ne trouvait que des gouttelettes graisseuses. Dans les muscles les moins malades, les fibres étaient comme étouffées par une néoformation de tissu conjonctif et de graisse, avec noyaux embryonnaires interstitiels : la fibre elle-même n'avait pas perdu sa striation, mais les noyaux du sarcolemme étaient multipliés : la dégénérescence graisseuse n'atteignait pas la substance contractile. Nombre de fibres du muscle cardiaque étaient atrophiées avec hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel.

La moelle, le cerveau et les principaux nerfs furent trouvés sains.

Ce cas est donc confirmatif des faits publiés par Charcot, Kesteven, Brieger et Bay, où l'on ne trouva point de lésions centrales. L'auteur discute la question de savoir si la paralysie pseudo-hypertrophique n'est pas un syndrome, tantôt dépendant d'une lésion limitée aux muscles, tantôt au contraire relevant d'une affection nerveuse centrale. H. R.

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par C. VANLAIR (*Paris*, 2e *édit.*, 1884).

Les névralgies sont divisées en deux classes comprenant chacune deux subdivisions :

Névralgies idiopathiques : *a*) cérébro-spinales ; *b*) ganglionnaires ou viscéralgiques.

Névralgies symptomatiques : *a*) liées à un état général (névralgies d'origine organique ou toxique ; *b*) liées à un état morbide localisé.

Dans un premier chapitre, l'auteur passe en revue la symptomatologie, l'évolution, l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des névralgies idiopathiques cérébro-spinales. L'intérêt de ce chapitre est surtout dans la partie consacrée au traitement. M. Vanlair passe en revue tous les remèdes susceptibles d'être utilisés par le thérapeutiste pour calmer la douleur : narcotiques, anesthésiques, antispasmodiques, toniques, excitants du système nerveux, altérants, irritants locaux, électricité, magnétisme, métallothérapie, etc. Comme on le voit

par cette énumération, M. Vanlair a tenu à cœur de procéder avec méthode. Il est vrai que le classement qu'il a adopté prête, dans ses détails, matière à bien des objections. On est en droit de s'étonner, par exemple, de rencontrer les préparations salicylées et les alcaloïdes du quinquina parmi les toniques, à coté du fer ; l'ergot de seigle parmi les excitants du système nerveux, à côté de la strychnine, et l'acide phénique parmi les anesthésiques, entre le bromure de potassium et la réfrigération, etc.

Dans la seconde partie du livre, M. Vanlair passe en revue les névralgies symptomatiques subdivisées, comme il a été dit plus haut, en deux groupes (les névralgies de cause organique et les névralgies d'origine toxique), qui comprennent chacun une foule de variétés. Dans ce chapitre sont étudiées également les névralgies réflexes, les pseudo-névralgies, les unes d'origine vaso-motrice, les autres d'origine inflammatoire, les névralgies d'origine néoplastique, les névralgies d'origine dystrophique et les névralgies dépendant de lésions centrales. Il y aurait bien des choses à dire sur cette classification. Le principal reproche que nous adresserons à ce second chapitre, c'est que le besoin de schématiser l'emporte ici sur le point de vue utilitaire. Autant le premier chapitre abonde en renseignements propres à intéresser le praticien, autant se trouve écourté dans cette seconde partie ce qui est relatif au traitement des diverses variétés de névralgies symptomatiques admises par l'auteur. Pour n'en citer qu'un exemple, lorsque M. Vanlair, à propos du traitement de la névralgie épileptiforme (tic douloureux de la face), se borne à dire que le bromure de potassium sera le remède par excellence, mais qu'il devra être administré à très hautes doses, on est en droit de trouver que c'est peu contre une affection si douloureuse dont la désespérante opiniâtreté oblige habituellement le médecin à épuiser toutes les ressources de la médication palliative.

Ce laconisme s'explique quand on considère que dans ce second chapitre du livre, qui représente tout au plus comme nombre de pages la cinquième partie de l'ouvrage, M. Vanlair ne décrit pas moins de trente-cinq espèces de névralgies. Le défaut que nous signalions eût pu être évité en partie si, au lieu de négliger totalement le point de vue anatomique, M. Vanlair, imitant la plupart des auteurs qui l'ont précédé, avait décrit les névralgies suivant les régions qu'elles occupent. Il aurait pu ainsi étudier dans un cadre plus restreint les influences constitutionnelles dans le développement des névralgies, influences qui sont souvent discutables. Ce sont des névralgies de telle ou telle paire nerveuse, et non des névralgies hystériques, hypocondriaques, herpétiques, zymotiques, métastatiques, etc., que nous sommes appelés à traiter, et s'il est souvent d'une grande importance de rechercher les influences diathésiques ou dyscrasiques pour instituer un traitement général, le traitement local a dans la plupart des cas une importance prépondérante. C'est que la névralgie n'est trop souvent que le masque trompeur d'une névrite, ce que M. Vanlair a laissé un peu trop dans l'ombre dans son intéressant ouvrage, où la névrite se trouve reléguée dans un petit coin perdu sous le titre de névralgie inflammatoire !

Ces réserves faites nous nous plaisons à reconnaître que le jugement porté par M. Vanlair lui-même sur son ouvrage, dans lequel il croit avoir exposé d'une manière aussi complète que possible les données actuelles

de la science sur les affections algésiques des nerfs », n'est pas absolument exagéré. F. RICKLIN.

I.— Recherches sur les zones hystérogènes, par R. GAUBE (*Thèse de Bordeaux*, 1882).

II. — Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie, par P. MARIE (*Rev. de méd.*, *p.* 339, 1882).

III. — Deafness in hysterical hemianesthœsia, par G.-L. WALTON (*Brain*, *p.* 458, *janvier* 1883).

IV. — Clinical remarks on the functional vomiting of hysteria, par BRISTOWE (*Practitioner*, *mars* 1883).

V. — Influence du traumatisme sur l'hystérie, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. de méd.*, *Montpellier*, *n°* 34, 1883).

VI. — Case of lethargic stupor, extending continuously over morethan twenty three weeks, par GAIRDNER (*The Lancet*, 22 *décembre* 1883).

VII. — Case of rhythmical spasmodic contraction of diaphragm, recti und other muscles, par R. SHINGLETON SMITH (*Brain*, *p.* 400, *octobre* 1882).

I. — Les faits qui forment la base de cette thèse ont été recueillis dans le service de M. Pitres, et sous sa direction. Ils développent et rectifient les observations de Buet sur les zones hystérogènes. Ces zones sont des surfaces dont la pression détermine soit des attaques convulsives, soit des attaques de catalepsie ; elles existent soit sur le tronc, soit sur les membres. Leur siège précis n'est ni dans la peau ni dans les muscles, mais dans le tronc nerveux sous-jacent qui est excitable dans toute la partie de son trajet accessible à la pression, comme la zone elle-même. Différentes actions locales (ligature circulaire, sinapismes, injections sous-cutanées d'eau froide, faradisation locale ou générale, courants médullaires ou cérébraux, éthérisation) amènent la disparition temporaire de l'excitabilité des zones hystérogènes. X. ARNOZAN.

II. — L'angine de poitrine chez ces deux malades présentait entre autres particularités une série de phénomènes vaso-moteurs très nettement accusés : sensation de froid, pâleur de la face, abaissement de la température des membres, diminution des battements de l'artère radiale, en un mot la réunion des différents symptômes qui caractérisent l'angine de poitrine vaso-motrice des Allemands. L'auteur profite de l'occasion pour faire l'historique de cette théorie vaso-motrice et la discuter.

C. GIRAUDEAU.

III. — Voici les conclusions du mémoire :

1° La sensibilité des parties profondes de l'oreille (caisse et tympan) disparaît chez les hystériques hémianesthésiques en même temps que la sensibilité cutanée ;

2° Le degré de surdité correspond à celui de l'anesthésie générale. Quand la perte de l'ouïe est incomplète, la surdité quant au bruit transmis par l'os est plus absolue que la surdité avec vibration transmise par l'air ;

3° Lorsque se produit le transfert, l'ouïe suit les mêmes oscillations que la sensibilité générale : elle réapparaît du côté où la sensibilité se montre de nouveau et inversement. H. R.

IV. — L'autopsie de deux sujets morts par inanition à la suite de vomissements incoercibles et qui ne laissa constater aucune lésion carcinomateuse, comme on l'avait supposé, fait croire à l'auteur que chez les hystériques ces sortes de troubles, ces vomissements sont dus à ce que les aliments n'arrivent pas à l'estomac. Ils sont arrêtés dans l'œsophage (il y avait ici une dilatation remarquable de ce tube) d'où ils sont rejetés pendant ses contractions. Cette explication paraît être vraie quand on pense à la fréquence des troubles fonctionnels spasmodiques et parétiques qu'on rencontre dans la musculature œsophagienne chez des gens nerveux. Elle paraît être d'autant plus vraie que les vomissements incoercibles des hystériques sont guéris par l'emploi de la sonde œsophagienne qui sert à alimenter les malades jusqu'à la *restitutio ad integrum*. MARCUS.

V. — Demoiselle âgée de 40 ans, n'ayant jamais présenté d'accidents hystériques jusqu'au moment où elle fut opérée par Dubrueil pour un hygroma volumineux. Le lendemain de l'opération, température de 39° qui revient à la normale sous l'influence d'injections antiseptiques répétées.

Le surlendemain matin on apprend que pendant la nuit la malade a été fort mal; elle a maltraité par paroles et par gestes une personne qui lui donnait des soins; le pouls était calme, la température est à 37° et du côté du genou opéré, tout allait fort bien, mais à ce moment il y avait un mutisme absolu et une dysphagie telle que les liquides mêmes ne pouvaient être déglutis qu'avec la plus grande peine. Malgré l'absence de phénomènes hystériques dans les antécédents de la malade, Dubrueil pensa, par élimination, être en présence d'un cas d'hystérie développée sous l'influence du traumatisme. Malgré le bromure de potassium et l'assa-fœtida, les accidents persistèrent alternant avec du délire; un jour même il y eut une véritable crise bien caractérisée, les phénomènes nerveux disparurent après une dizaine de jours sans laisser d'autres traces qu'une faiblesse très prononcée. A. MOSSÉ.

VI. — Une femme de 32 ans, mariée, mère de six enfants et n'ayant jamais présenté aucun phénomène hystérique, fut prise, trois jours après sa dernière couche, d'une sensation d'oppression dans la région cardiaque et d'une grande faiblesse; elle se remit pourtant sans encombre, mais pour tomber dans un état de tristesse et de découragement inexplicable; son appétit disparut entièrement et il devint fort difficile de lui faire accepter de la nourriture. Le 24e jour après son accouchement (8 juin 1883), pendant qu'elle était assise auprès du feu, elle ferma tout à coup les yeux, se laissa aller dans sa chaise et demeura sans mouvement et sans parole. Quatre jours après, comme elle était toujours dans le même état, on appela le médecin de la localité qui lui fit prendre un lavement, malgré une assez vive résistance de sa part. Elle se leva de son lit pour aller à la selle et ce fut la dernière fois qu'on la vit se mouvoir : en effet, les jours suivants l'état léthargique parut de plus en plus profond, la malade cessa d'avaler même les liquides, et, pour combattre l'amaigrissement qui marchait avec une effrayante rapidité, il fallut employer la sonde œsophagienne. Le 5 juillet, plus de trois semaines après le début des accidents, le relâchement musculaire était complet, il y avait une analgésie générale et on pouvait traverser la peau avec des épingles sans déterminer aucune manifestation douloureuse; le chatouillement sous la plante des pieds ne produisait que de très légers mouvements réflexes. Il est à noter que cette femme, qui semblait être dans un état d'insensibilité absolue n'urinait pas dans son lit et prenait le vase pour se soulager lorsqu'elle savait n'être pas observée; une fois son mari la surprit à genoux dans son lit et tendant la main vers la table de nuit, mais aussitôt elle se laissa retomber sans plus faire aucun mouvement. On la vit de même quelquefois ouvrir les yeux,

mais se hâter de les refermer quand elle s'apercevait qu'elle était surveillée.

Le 1er août elle fut transférée à la Western infirmary de Glasgow, où elle fut soumise à une surveillance constante de jour et de nuit : dès lors elle se mit à uriner sous elle et à rendre de même les matières fécales après l'administration d'un lavement. Son aspect était celui d'une personne profondément endormie : sauf un peu de rigidité des muscles de la mâchoire inférieure, le relâchement musculaire était absolu ; les yeux étaient fermés, le visage terne et sans expression, sauf lorsqu'on la secouait ou au moment du passage de la sonde œsophagienne, où on la voyait froncer le sourcil. L'insensibilité à la douleur était complète ; le courant faradique produisait des contractions faibles et irrégulières dans les muscles, mais ne semblait éveiller aucune souffrance. Les réflexes cutanés étaient conservés, et le réflexe palpébral plus nettement que les autres. Pendant la nuit la malade ronflait d'une manière très appréciable et le ronflement cessait au matin, ou lorsqu'on faisait du bruit, bien que l'aspect de la malade ne fût, du reste, aucunement modifié. Cet état persista pendant toute la durée des mois de septembre et d'octobre ; la malade, alimentée trois fois par jour avec la sonde œsophagienne, ne dépérissait pas, la température restait normale ; la respiration régulière bien que superficielle, le pouls régulier à 76. Le 18 novembre, à la suite d'un cri violent poussé à son oreille, elle fit quelques mouvements des yeux et de la région occipito-frontale ; deux heures plus tard, son mari étant venu la voir, elle se mit à sangloter, ouvrit les yeux sans paraître rien voir et cria deux fois : « Que Dieu vienne à mon aide ». Le lendemain elle sortit entièrement de sa torpeur, se mit à parler et à remercier le ciel et manifesta une entière présence d'esprit sauf qu'elle semblait avoir entièrement perdu la mémoire de tout ce qui s'était passé. Depuis cette époque elle n'a rien présenté d'extraordinaire, si ce n'est qu'elle est souvent absorbée et ne parle guère à moins qu'on ne lui adresse la parole. H. BARTH.

VII. — Une jeune fille de 20 ans, sujette à quelques accidents hystériques, entre à l'hôpital de Bristol pour des spasmes localisés au diaphragme et aux muscles de l'abdomen. A chaque instant le corps est soulevé par des contractions de ces muscles, presque synchrones au pouls, les parois du thorax sont violemment soulevées, tandis que les cordes formées par les droits de l'abdomen se dessinent à l'épigastre. Les spasmes s'accompagnent d'une sorte de hoquet laryngé, et la crampe gagne parfois les sterno-mastoïdiens.

L'auteur essaie successivement, contre cette curieuse névrose, des injections hypodermiques de curare, puis de la ciguë en potion, qui donne lieu à une sensation de collapsus général sans modification de la contractilité musculaire et enfin de l'hydrate de chloral et de l'électrisation continue. L'amélioration ne commence qu'à la suite de l'administration du valérianate de zinc, puis d'iodure de potassium, au bout de trois mois. A partir de ce moment, guérison progressive, complète seulement au septième mois. H. R.

I. — **Case of allochiria, par David FERRIER** (*Brain, p.* 389, *octobre* 1882).

II. — **Allochiria, its nature and seat, par HAMMOND** (*New-York med. Journ.* 13 *janvier* 1883).

III. — **Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form von saltatorischen Krämpfen (Cas d'exagération de l'excitabilité réflexe sous forme de spasmes saltatoires), par KOLLMANN** (*Deutsch. med. Woch., n°* 40, 1883).

IV. — **Zwei Fälle von Zwangsbewegungen mit ausgeprochener Heredität (Deux cas de mouvements choréiformes avec hérédité marquée), par C.-A. EWALD** (*Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII, supplément, p.* 51, 1884).

V. — Ophthalmoplegia externa complicating a case of Grave's disease, par Francis WARNER (*Medico-chir. Trans., vol. LXVI, p.* 107, 1883).

VI. — The nervous symptoms of myxœdema, par W. HADDEN (*Brain, p.* 188, *avril* 1882).

VII. — On a peculiar numbness and paresis of the hands, par J.-A. ORMEROD (*St.-Barth. hosp. Rep. XIX, p.* 17, 1883).

VIII. — Paralysie douloureuse aiguë, par DUMOLARD (*Rev. de méd., p.* 533 *juillet* 1884).

IX. — Contribution à l'étude de la migraine dite ophtalmique et de ses diverses manifestations, par ROBIOLIS (*Thèse de Montpellier*, 1884).

X. — Névrose électrique, par FÉRÉ (*Prog. méd., juillet* 1884).

XI. — Parésie et contracture des extrémités sous l'influence de l'imagination, par S. TSCHIRIEFF (*Med. Wiestnik, n°s 1 et 2*, 1884).

XII. — Démence sénile avec phénomène d'obsession, par S. SOWIETOFF (*Arch. Psich. Neirolog. i Poudebn. Psichep., n° 2*, 1884).

XIII. — Tabes dorsal illusoire, par KOWALESWSKI (*Med. Wiestnik., n° 29* ,1884)

XIV. — Des suggestions hypnotiques, par PITRES (*Journ. de méd. de Bordeaux. avril, mai et juin* 1884).

I. — Obersteiner a donné le nom d'allochirie à une perversion de la sensibilité en vertu de laquelle le malade rapporte des sensations tactiles à un point inexact, plus ou moins éloigné de la région qui reçoit le contact.

Ferrier rapporte un cas de ce genre. Il s'agit d'un individu qui à la suite d'un traumatisme du crâne, accompagné d'une perte de connaissance prolongée, éprouve un trouble moteur caractérisé par une hémiataxie. Après un temps assez long, le malade guérit de sa paralysie, mais garde une perversion de la localisation sensitive. Ce n'est pas de l'anesthésie, car il perçoit les plus légers contacts; mais, sans hésitation, il rapporte la sensation perçue au point correspondant du côté opposé; au bras gauche, par exemple, si on lui a touché le bras droit. Une particularité encore plus curieuse, c'est que les réactions réflexes étaient transposées comme les sensations tactiles.

H. R.

II. — Hammond relate l'histoire d'un individu qui, à la suite d'une chute de voiture, fut pris de douleurs dans la colonne vertébrale et de divers troubles qu'on attribua à un mal de Pott. Neuf mois après l'accident, quand l'auteur le vit, il se plaignait de douleurs tout le long de l'épine dorsale et d'une excessive irritabilité nerveuse; il y avait de la raideur des membres inférieurs, une certaine difficulté à soulever les pieds pendant la marche; le réflexe rotulien était notablement exagéré des deux côtés. Mais les phénomènes les plus remarquables étaient fournis par l'examen de la sensibilité : la jambe droite semblait être le siège d'une anesthésie complète, au toucher, au chatouillement, à la piqûre; mais venait-on à toucher ou à pincer un point de la jambe gauche, les impressions parfaitement ressenties étaient rapportées par le malade au côté opposé. On constatait en un mot ce singulier phénomène d'interversion de la sensibilité qu'Obersteiner a signalé sous le nom d'allochiria.

Hammond diagnostiqua une sclérose antéro-latérale impliquant les cornes grises postérieures et à un léger degré les méninges rachidiennes. A propos de ce fait, il croit pouvoir avancer la théorie suivante : Les

fibres sensitives de la moelle subissent dans la commissure grise postérieure une décussation presque complète, mais elles demeurent en rapport à diverses hauteurs par les prolongements du protoplasma; si une lésion unilatérale de la moelle vient à interrompre, *après leur décussation*, les fibres sensitives émanées du côté droit, par exemple, les impressions pourront se transmettre par les fibres commissurales au côté opposé et arrivant ainsi à l'encéphale elles seront rapportées, non au point impressionné, mais au point symétrique; on aura cette forme d'allochirie dans laquelle les sensations éprouvées soit à droite, soit à gauche sont indifféremment rapportées à gauche. Que si les cornes postérieures sont lésées des deux côtés, mais à deux hauteurs différentes, il pourra se faire que les fibres émanées du côté droit, par exemple, soient touchées au niveau même de leur pénétration dans la moelle et complètement interrompues, tandis que les fibres émanées du côté gauche, atteintes seulement beaucoup plus haut, auront conservé quelques relations avec la substance grise du côté opposé; on aura alors une anesthésie absolue de la jambe droite, et les impressions reçues au niveau de la jambe gauche seront rapportées au côté droit. H. BARTH.

III. — Bamberger a décrit, en 1859, sous le nom de spasme saltatoire, une affection caractérisée par des contractions violentes des muscles de la jambe, qui se manifestent dès que le sujet pose le pied à terre. Cette saltation irrésistible ne constitue pas toujours une maladie, mais souvent un symptôme d'affections diverses, puisqu'on l'a rencontrée dans deux cas d'hystérie, dans un cas de myélite chronique; constamment elle coïncidait avec le nervosisme exagéré.

Eva H..., 24 ans, est amenée à la prison de Würzbourg au mois d'août 1882. Elle raconte qu'à l'âge de 6 ans elle a subi une brûlure des pieds dont elle conserve encore la trace; à l'âge de 14 ans elle a souffert de douleurs des jambes. Menstrues irrégulières; manifestations hystériques et hémoptysie. Troubles oculaires en 1882, kératite superficielle et enfin signes de tuberculose en 1883. Elle entre à l'infirmerie le 5 avril.

Malade très pâle, très amaigrie, avec caverne au sommet droit. Les mouvements s'accomplissent bien, sauf ceux des membres inférieurs qui s'agitent et tremblent légèrement quand la patiente les détache du lit. La sensibilité est normale, mais les réflexes sont fort exagérés.

Quand la malade pose le pied à terre, on voit survenir immédiatement des contractions cloniques, absolument comme si elle avait voulu mettre le pied sur une plaque de fer rougie. Tantôt elle semble trépigner, tantôt ce sont plutôt de grandes secousses. En même temps la face est rouge, anxieuse, il y a une sensation de constriction épigastrique très pénible. Dès que la malade s'assied sur un siège élevé, les pieds loin du sol, l'accès se termine, mais il peut se reproduire même au lit quand on exerce une pression continue sur la plante des pieds. De cette façon on peut aussi provoquer des convulsions d'un seul côté, à droite ou à gauche, en comprimant un seul pied. Le chatouillement de la plante ne détermine pas d'accès. Quand ils existent, la tension des muscles ne peut pas les suspendre. L. GALLIARD.

IV. — Ewald rapporte deux observations de mouvements choréiformes différant de la chorée par ce fait que les secousses cessaient à l'occasion des mouvements intentionnels. Les deux malades sont deux femmes, chacune d'elles a une sœur atteinte de la même maladie, alors que les frères ont été épargnés. La grand'mère de l'une des malades, la mère de l'autre était atteinte de la même affection. M. DEBOVE.

V. — Marie H..., âgée de 25 ans, atteinte de goitre exophtalmique depuis

1877. En 1879, violentes crises de dyspnée : vertiges, céphalalgie, palpitations, flux diarrhéiques. En 1880, diplopie passagère pendant quelques semaines : amélioration notable dans la santé générale.

En novembre 1880, elle s'aperçoit pour la première fois qu'il lui faut tourner la tête pour apercevoir les objets, et qu'elle ne peut plus mouvoir les globes oculaires.

Au moment de son admission (mars 1881), elle présente une irritabilité nerveuse excessive, et garde le repos au lit, dans l'obscurité la plus complète. Elle se plaint de diplopie, de mouches volantes, de tremblements de la face et des lèvres ; les palpitations sont tumultueuses et excessives. De temps en temps surviennent des crises gastriques accompagnées de vomissements, de diarrhée et d'hématémèse. On constate simultanément un affaiblissement paralytique des muscles de l'expression faciale, sans prédominance hémiplégique nette.

Au mois d'avril, kératite intercurrente, surtout marquée à l'œil gauche et accompagnée de photophobie. On constate alors de la diplopie, du strabisme externe, et une paralysie de la plupart des muscles moteurs de l'œil, surtout dans le sens horizontal. Cette parésie ne s'étendait pas au muscle accommodateur, car la pupille, de chaque côté, réagit parfaitement à la lumière. Cet état dure, en s'aggravant, pendant le mois de mai, avec ulcération progressive des cornées.

En juin, la paralysie oculaire fait des progrès : les deux paupières tombent et la malade ne peut les relever : l'ophtalmoplégie est plus complète que jamais ; l'ulcération de la cornée persiste ainsi que la photophobie, et cependant le globe de l'œil est insensible, complètement anesthésique ainsi que les paupières.

En juillet, amélioration de l'état général, mais persistance de l'ophtalmoplégie, bien que les mouvements d'élévation du globe de l'œil reparaissent légèrement : de juillet à décembre, atténuation progressive de tous les symptômes, retour de la menstruation, amélioration sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium (bien qu'il n'y eût pas de syphilis). Toutefois la paralysie des globes oculaires persiste sans changements appréciables. H. R.

VI. — De l'analyse des symptômes nerveux du myxœdème, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° A ses premiers stades, le myxœdème est une maladie trophique, impliquant une nutrition imparfaite, probablement un spasme vasculaire généralisé ;

2° L'apparence œdémateuse de la peau et du tissu conjonctif est due à l'obstruction des lymphatiques : il se passe là un travail analogue à celui de l'éléphantiasis ;

3° Les symptômes psychiques tels que la démence, la lypémanie, etc., qui surviennent plus tard, sont dus à des altérations du cerveau lui-même, surtout dégénératives ;

4° Quoique le myxœdème soit une entité morbide spéciale, il se rattache probablement d'une façon intime avec quelques autres affections, telles que le crétinisme sporadique et la sclérodermie ;

5° Il y a des cas où l'œdème solide, qui se généralise d'ordinaire dans le myxœdème, peut se localiser à des régions circonscrites, par exemple à la langue ou aux extrémités ;

6° La lésion primitive et essentielle réside probablement dans le système sympathique périphérique : peut-être est-ce une affection initialement bulbaire, car il existe parfois des symptômes bulbaires dans cette maladie. H. R.

VII. — L'auteur attire l'attention sur un engourdissement particulier qui envahit passagèrement les membres supérieurs, symptôme déjà signalé par Wickham Legg. La plupart du temps le tableau clinique est très caractéristique. Il s'agit de femmes sur le retour d'âge, entre 50 et 60 ans. L'affection débute la nuit. En s'éveillant, elles ressentent dans les mains et dans les bras, ordinairement des deux côtés, un sentiment de lourdeur, d'engourdissement, de fourmillements et de picotements : quelquefois il s'y joint des douleurs lancinantes assez vives. Il y a également perte de la force musculaire, au point que les malades ne peuvent plus tenir les objets, et sont traités comme des paralytiques.

Simultanément existe une sorte de parésie vaso-motrice, qui se caractérise par le gonflement des mains et la dilatation des veines. Le tout disparait sous l'influence de frictions, pour reparaître le lendemain matin : quelquefois cet état persiste plusieurs semaines.

Suivent douze observations de cette curieuse affection que l'auteur rapproche de la tétanie dans ses formes légères, et de l'asphyxie des extrémités. Le plus souvent elle se rencontre chez des femmes hystériques, ou tout au moins nerveuses ; les impressions morales et les sensations périphériques de chaud et de froid en réveillent le retour. C'est la même affection qui a été décrite par Weir Mitchell dans son chapitre sur les troubles du sommeil chez les personnes nerveuses. H. R.

VIII. — Sous ce titre, M. Dumolard donne cinq observations de paraplégie recueillies à Vizille dans l'espace de quelques mois. En général l'affection débute par des douleurs de reins très intenses avec irradiations tantôt à un seul membre inférieur, tantôt aux deux. Ces douleurs sont spontanées, mais accrues par le mouvement, elles n'occupent pas de foyers bien circonscrits comme dans la sciatique. L'impotence fonctionnelle est presque complète. La sensibilité cutanée est intacte; l'apyrexie est complète. Parfois au bout de quelques jours l'affection douloureuse gagne les membres supérieurs, mais souvent aussi elle se circonscrit aux membres inférieurs. Au bout de quinze à vingt jours, un mois au plus, les phénomènes douloureux diminuent peu à peu et la motilité reparaît rapidement. La guérison est la règle ; de sorte que l'auteur ne peut dire à quelle lésion anatomique il a eu affaire. Il rapproche cette petite épidémie de celle qui a été décrite par Bockhammer sous le nom d'épidémie d'Azannon, village où elle est apparue pour la première fois. C. GIRAUDEAU.

IX. — Le principal intérêt de ce travail réside dans les seize observations inédites rapportées par l'auteur et qui sont, les unes personnelles, les autres tirées des feuilles de la clinique du Dr Nicati, de Marseille. De la comparaison de ces faits avec ceux publiés jusqu'à ce jour, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La migraine dite ophtalmique est une affection complexe qui peut atteindre le cerveau à la fois dans sa sphère sensitive, motrice et intellectuelle. De même qu'on a décrit une migraine avec symptômes oculaires, il peut exister aussi des migraines auditive, olfactive et gustative.

La migraine ophtalmique peut coïncider avec certaines névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie.

Son siège serait compris dans le domaine de l'artère sylvienne et de la cérébrale postérieure.

Sa durée varie de quelques minutes à deux heures et plus.

Elle serait le résultat de phénomènes vaso-moteurs par excitation du grand sympathique. L'excitation d'abord, la paralysie ensuite peuvent favoriser la rupture de vaisseaux déjà prédisposés.

Le pronostic le plus souvent bénin sera dans quelques cas extrêmement réservé, car la migraine ophtalmique peut être le prélude d'affections inexorables telles que la paralysie générale, l'hémorragie cérébrale, le tabes dorsalis ou d'affections oculaires définitives. A. MOSSÉ.

X. — Mme X..., atteinte de nervosisme très accentué, s'était aperçue avant son mariage qu'à de certains moments sa chevelure était le siège d'une crépitation plus ou moins intense, et qu'il s'en détachait des étincelles visibles dans l'obscurité. Depuis deux ans ce phénomène est beaucoup plus intense et presque permanent, sauf dans les temps humides et par les vents du sud. Elle a remarqué que ses doigts attirent les corps légers, rubans, fragments de papiers; quand son linge est approché de sa peau il se produit une crépitation lumineuse et les vêtements adhèrent si fortement au corps qu'ils gênent parfois les mouvements. Cette production d'électricité varie; elle augmente sous l'influence des émotions morales, et la crépitation se produit sur tout le corps, surtout aux jambes; les temps secs favorisent ces phénomènes, surtout au moment des gelées; les temps humides les diminuent. La tension extrême coïncide avec un état d'excitabilité très appréciable. Mme X... a la peau excessivement sèche, elle est anémique et sujette à une infiltration œdémateuse des jambes, qui, presque nulle pendant les temps secs, devient très considérable pendant l'humidité.

L'emploi de vêtements de soie, de poudre de lycopode n'a pas diminué la perte d'électricité; l'électrisation statique sous forme de bain électrique de dix minutes a modifié les troubles vaso-moteurs et diminué la sensation de fatigue habituelle pendant les temps humides. Mme X..., comme le prouve l'électromètre à boule de sureau, est chargée d'électricité. H. L.

XI. — Le malade, 37 ans, appartient à une famille où les psychopathies et le nervosisme sont héréditaires. Dans son enfance il était rachitique. En 1875, il fit une chute sur la tête d'une hauteur de deux mètres et depuis ce temps souffrait souvent de céphalalgie. Obligé de se séparer de sa femme, il eut beaucoup de chagrins de famille. Peu à peu il devint très irritable, mélancolique, oublieux et commença à ressentir de la faiblesse dans les jambes et le bras gauche. Quelques mois après, le malade ne pouvant plus marcher dut se mettre au lit. Exagération des réflexes tendineux. Rien d'anormal dans la sensibilité cutanée et l'irritabilité électro-musculaire. Point de symptômes morbides du côté de la vessie. Acuité visuelle diminuée, champ de la vision rétréci; à l'examen ophtalmoscopique, atrophie bien accusée des parties centrales des deux papilles. Le malade est constamment assis dans un fauteuil ou couché dans le lit dans la position suivante : les bras, fléchis au niveau du coude, sont serrés contre la poitrine; les poings sont serrés; les jambes sont aussi un peu contracturées, les pieds en extension et adduction. Le malade se refuse à faire aucun mouvement, prétendant que c'est impossible ou très douloureux pour lui. Cependant les mouvements passifs étaient possibles, bien que douloureux et difficiles, à cause de la rigidité musculaire. Cette rigidité présentait le caractère de contractions musculaires volontaires; elle disparaissait sous l'influence de l'électrisation des nerfs et des muscles correspondants; les douleurs cessaient aussi dès que l'extrémité était en extension complète. Au point de vue psychique, on remarquait un état mélancolico-hypochondriaque et quelquefois des hallucinations de la vue. L'auteur eut recours à une thérapie purement psychique, qui eut plein succès.

XII. — Un popo, âgé de 66 ans, entra à l'hôpital de Wladimir avec les

symptômes caractéristiques de la démence sénile. Point d'antécédents héréditaires, pas de syphilis, aucun symptôme paralytique. Le malade est incapable de marcher sur un plancher uni, et cependant, quand il est couché, il peut mouvoir ses jambes avec une parfaite précision; mais dès qu'on lui fait faire quelques pas sur le plancher, il titube et tombe. Il attribue son impotence à la peur intense qu'il a de tomber. Chose remarquable, il monte et descend les escaliers d'une manière tout à fait assurée; mais quand il arrive sur le plancher à surface horizontale et lisse, ses jambes fléchissent et sont complètement paralysées. Cette « paraplégie spontanée » suggéra à l'auteur l'idée de tenter l'expérience suivante qui fut couronnée de succès : on plaça sur le plancher des petits bâtons, et le malade put alors marcher sans difficulté en les enjambant l'un après l'autre. Alors on lui fit faire une espèce de béquille au bout inférieur de laquelle se trouvait à angle droit un bâtonnet. Avec cet instrument le malade pouvait marcher facilement sur le plancher : il plaçait la béquille devant lui pour pouvoir voir le bâtonnet, puis il l'enjambait, à la manière des enfants qui sautent à la corde.

Cette paraplégie spontanée doit être rangée dans la catégorie des phénomènes d'obsession, des terreurs morbides décrites par divers auteurs, sous les noms d'agoraphobie (Westphal), de clitrophobie (Raggi), de claustrophobie (Ball), etc., et que Kowalewski — et avec lui S... — proposent de réunir sous la dénomination commune de *pathophobie*.

XIII. — Le malade était aussi un pope, âgé de 37 ans, sans antécédents héréditaires ni alcooliques. Son gendre, qu'il aimait beaucoup, mourut de tabes dorsal. Bientôt après ce pope commença à ressentir des symptômes pareils à ceux qu'il avait anxieusement observés chez son gendre : douleurs fulgurantes le long de la colonne vertébrale et dans les jambes, faiblesse et ataxie des extrémités inférieures, etc. Persuadé qu'il était atteint de tabes dorsal, le malade devint mélancolique, perdit le sommeil et l'appétit et commença à penser au suicide. Il entra dans la clinique de Kowalewski. L'examen du malade montra l'absence complète de troubles de la motilité et de la sensibilité. Les réflexes tendineux étaient parfaitement normaux, ainsi que les fonctions de la vessie et du rectum. Le malade, quand il a les yeux fermés, titube et marche en décrivant des zigzags; mais, qu'on lui ordonne sévèrement de se tenir droit et de marcher de même, il le fait parfaitement bien. Après vingt-trois jours d'un travail manuel imposé, avec un traitement faradique et hydrothérapique, le malade quittait l'hôpital complètement guéri de sa *pathophobie*. W. HOLSTEIN.

XIV. — L'auteur a consacré les premières leçons de son cours à l'étude des suggestions hypnotiques, c'est-à-dire de ces phénomènes psychiques du somnambulisme provoqué, accomplis par les sujets hypnotisés, qui sont devenus en réalité des automates, des mécanismes vivants, capables d'action, mais privés de spontanéité, et qu'on peut, par suggestion, faire sentir, penser et agir à sa guise.

Dans la première leçon, l'auteur présente une hystérique de son service, chez qui les attaques convulsives du début sont actuellement remplacées par des attaques de sommeil spontané; elle offre toutes les formes des zones hystérogènes, zones spasmogènes, zones hypnogènes, et zone frénatrice : au niveau des premières et de la dernière, on provoque ou supprime à volonté l'attaque convulsive : au niveau des zones hypnogènes on peut, par différents procédés, déterminer chez cette malade plusieurs états hypnotiques : l'état cataleptoïde les yeux ouverts; l'état cataleptoïde les yeux fermés; l'état léthargique.

Après avoir étudié les caractères physiques de ces différents états,

M. Pitres s'occupe des phénomènes psychiques qui les accompagnent. les suggestions d'origine visuelle pendant l'état cataleptoïde les yeux ouverts, les mouvements d'imitation, la prise du regard, l'attraction magnétique l'amenèrent peu à peu à l'étude de phénomènes plus complexes : Les suggestions déterminées par une impression auditive et par les attitudes.

Quelques mots sur le mécanisme des suggestions par les attitudes corporelles précèdent l'étude des suggestions par l'ouïe ; et à propos de ces dernières l'auteur étudie successivement les phénomènes sensitifs, moteurs et psychiques; c'est ainsi qu'il montre suggérée l'imitation des bruits et en particulier l'extrême sensibilité de ces malades à l'audition de la musique, d'où le phénomène de l'extase musicale. Quant aux hallucinations de l'odorat, du goût et de la sensibilité générale il est également facile de les suggérer.

Quoique moins nombreuses et moins variées, les suggestions, portant sur la motricité et sur les phénomènes purement psychiques, n'en existent pas moins réellement; et paralysie, contractures, amnésie, etc., sont successivement provoquées par l'expérimentateur.

Dans sa troisième leçon, M. Pitres nous montre que ce n'est plus seulement pendant le sommeil, mais encore après que les effets des suggestions sont manifestes; en outre, au lieu d'être prolongés, ils peuvent ne se manifester que pendant l'état de veille plus ou moins longtemps après le réveil. La nommée Emma B... lui donne l'occasion de prouver ces différents faits, qu'il étudie au point de vue de la durée et de la nature.

Enfin quelques considérations médico-légales, ayant rapport aux suggestions, visant en particulier la valeur du témoignage et la responsabilité des sujets hypnotisés, terminent cette étude. OZENNE.

Unilateral swelling of hysterical hemiplegia, par Weir MITCHELL (*Am. Journ. of the Med. Sc., p.* 94, *juillet* 1884).

Dans trois cas d'hémiplégie hystérique gauche, Weir Mitchell a vu le côté paralysé être le siège d'une tuméfaction très notable, variable, et prononcée surtout au moment des époques menstruelles, ou à l'occasion des émotions morales vives. Dans les trois cas la température du côté tuméfié et anesthésié était un peu moins élevée que celle du côté opposé.

L'auteur pense qu'il ne s'agit pas là seulement d'une augmentation passagère de la sérosité interstitielle des tissus; on ne peut non plus, en l'absence de chaleur et de coloration anormale des téguments, admettre une paralysie vaso-motrice. L'influence nerveuse pathogénique est donc vraisemblable, sans qu'on puisse encore préciser son mode d'action.

A. CHAUFFARD.

Cases of chorea, par W. HADDEN (*Brain, p.* 250, *juillet* 1884).

L'auteur publie un certain nombre de cas de chorée remarquables par des particularités assez insolites.

Trois d'entre eux présentèrent dans le cours de l'affection, une perte complète de l'articulation des mots, une sorte d'aphasie par glossoplégie:

ne précipite pas l'acide pseudo-oxybutyrique, et ne doit par conséquent pas supprimer la propriété lévogyre du liquide.

Sur les 52 cas de diabète étudiés par Külz à ce point de vue, l'acide pseudo-oxybutyrique fut rencontré 14 fois dans les urines. Dans ces 14 cas, l'urine présentait également la réaction colorée rouge par addition de perchlorure de fer. L. F.

III. — L'augmentation souvent constatée, au cours du diabète sucré, de l'excrétion ammoniacale a été attribuée par Stadelmann à la production de l'acide crotonique. D'après M. Minkowski cet acide n'existe pas dans les urines, mais il se produit dans les manœuvres chimiques par décomposition d'un autre corps, l'acide oxybutyrique ($C^3H^6(OH)COOH$). Celui-ci par oxydation peut donner naissance à l'acétone. Il est donc permis de supposer que l'acide oxybutyrique est la substance mère de l'acétone et, par suite, joue un rôle sur le coma diabétique. L. D.-B.

IV et V. — Ehrlich a proposé d'utiliser, pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, un nouveau réactif de l'urine. (Voy. *R. S. M.*, XXII, 43.)

Penzoldt, qui a refait ces expériences, en conteste les conclusions:

Dans le cours de ses recherches, il a eu l'idée d'utiliser l'acide binitrobenzosulfurique pour la recherche du glucose dans l'urine. Il a trouvé que c'est un réactif plus sensible que celui de Trommer et aussi sensible que l'épreuve par fermentation, car il suffit à décéler la présence d'un dixième pour cent de sucre de raisin.

Ni l'acide urique, ni l'acétone, ni les autres sucres ne fournissent la même réaction.

On dissout l'acide binitrobenzolsulfurique dans 60 fois son poids d'eau distillée, en agitant énergiquement le mélange sans le chauffer. Quand tout l'acide ne s'est pas dissous, on décante. D'ailleurs il suffit d'ajouter une goutte de liqueur de potasse étendue pour faciliter la dissolution de l'acide.

La solution obtenue, il faut s'en servir sans retard, avant qu'elle se teinte en jaune. Pour cela, on verse dans un tube à expérience 2 centimètres cubes de l'urine à examiner en l'alcalinisant fortement avec de la potasse et on y ajoute quantité égale de la solution d'acide binitrobenzosulfurique qu'on a aussi alcalinisée mais faiblement.

L'urine qui contient du sucre prend d'abord une couleur qui varie du rouge jaune au vin de bordeaux clair; puis peu à peu elle se fonce et finalement, quand elle renferme beaucoup de sucre, devient rouge sombre opaque. Au bout d'un quart d'heure en général (mais dans les cas douteux il est bon d'attendre une heure) apparaît une teinte rougeâtre très caractéristique de la mousse, tandis que la mousse de l'urine normale est jaune. Les parois du verre contenant l'urine sucrée deviennent rouges, celle du verre : urine normale, deviennent jaune. Des bandelettes de papier à filtrer plongées dans les deux urines rougissent, dans la première et jaunissent dans la seconde. Mais cette comparaison doit être faite rapidement, parce que la couleur rouge s'altère rapidement à l'air.

L'emploi d'amalgame de sodium, tout en compliquant un peu les manipulations, facilite la production de la teinte. Après avoir procédé comme plus haut on ajoute la valeur d'une lentille de l'amalgame. Puis on laisse reposer les deux échantillons d'urine pendant une demi-heure au plus.

Il suffit alors d'agiter légèrement l'urine sucrée pour voir les couches inférieures de la mousse prendre une teinte rougeâtre pourpre. J. B.

VI. — Le réactif de Pavy diffère de la liqueur cuprique ordinaire par l'addition d'une certaine quantité d'ammoniaque, qui n'empêche pas la réduction de l'oxydule de cuivre en présence du glucose, mais le précipité se dissout au fur et à mesure de sa formation, de telle sorte que, la réaction achevée, le liquide devient clair et transparent comme de l'eau. Cette décoloration permet d'apprécier beaucoup plus exactement le moment où la réduction est achevée; elle rend ainsi très facile la détermination quantitative du sucre urinaire.

La composition du réactif cuprique ammoniacal est la suivante :

Sulfate de cuivre	4gr,158
Tartrate de soude et de potasse	20gr,400
Potasse caustique	20gr,400
Ammoniaque liquide (densité 0,880) 300 centimètres cubes.	
Eau : quantité suffisante pour obtenir un litre de liquide.	

Faire dissoudre le tartrate de soude et de potasse et la potasse caustique ensemble dans une certaine quantité d'eau; faire également dissoudre à chaud le sulfate de cuivre; mélanger les deux liquides et après refroidissement ajouter l'ammoniaque; compléter ensuite le volume indiqué par addition d'eau.

Dix centimètres cubes de ce réactif suffisent pour une expérience, à condition de diluer l'urine à examiner dans dix, vingt ou quarante fois son volume d'eau, selon sa richesse en sucre. Les dix centimètres cubes de la liqueur sont décolorés entièrement par cinq milligrammes de glucose; il suffit donc d'un calcul très simple pour déterminer quelle est la proportion de sucre. H. BARTH.

VII. — Après une rapide étude physiologique de la glycosurie, l'auteur discute les théories pathogéniques qu'il divise en 5 groupes : 1° gastro-intestinale (Bouchardat); 2° hépatique (Bernard); 3° nerveuse; 4° par trouble de nutrition; 5° pancréatique.

Aucune ne peut être invoquée à l'exclusion des autres; aussi l'auteur demande-t-il si, au lieu d'admettre un diabète, il ne faut pas reconnaître des diabètes.

La seconde partie de la thèse contient l'étude des accidents nerveux du diabète; ils ont deux caractères généraux de la première importance; ils sont protéiformes, et imprévus.

1° Les troubles de la motilité se présentent sous des aspects variés; tantôt ils sont diffus, c'est un affaiblissement général, précoce, quelquefois accompagné d'une sorte de lumbago et de l'absence du réflexe patellaire; tantôt localisés, ce sont des paralysies, les unes vulgaires, pures coïncidences, les autres vraiment diabétiques pouvant survenir à toutes les périodes de la maladie, parfois initiales, le plus souvent des monoplégies limitées à un muscle, à un groupe de muscles, à un membre, incomplètes, rarement isolées, et passagères, quelquefois des hémiplégies ou même des paraplégies; le diagnostic doit se poser avec les paralysies hystériques ou syphilitiques; tantôt enfin ce sont des troubles divers : titubation, ataxie, crampes nocturnes, lésions, convulsions, tremblement, paralysie agitante; tous accidents dont la pathogénie reste à découvrir.

2° Les troubles de la sensibilité sont moins importants, on peut rencontrer l'anesthésie, unilatérale, limitée ou par plaques, quelquefois initiale, variable, bizarre, rarement isolée; plus rarement l'hyperesthésie générale, ou par plaques, des douleurs articulaires, à la nuque; enfin des névralgies, sciatiques ou intercostales, faciales ou dentaires, souvent symétriques, très douloureuses et difficiles à guérir, quelquefois limitées aux parties périphériques dee nerfs; on a signalé des cas de névralgie du pneumogastrique (Peter) on peut voir des douleurs fulgurantes ou en ceinture comme dans l'ataxie, des crises gastralgiques, des accès d'angine de poitrine indépendants de toute affection cardiaque, souvent nocturnes, disparaissant avec la glycosurie, enfin l'asthme et le goitre exophthalmique.

3° Les troubles des fonctions génitales et des organes des sens sont fréquents : l'impuissance est la règle ainsi que la stérilité chez la femme. Les lésions oculaires ou troubles fonctionnels, portent surtout sur l'appareil nerveux spécial; on trouve des hémorragies rétiniennes, avec ou sans taches blanches, des troubles visuels sans lésion ophtalmoscopique, amblyopie hinoculaire, hémiopie, des paralysies des muscles de l'œil, parésie de l'accommodation, mydriase pupillaire : la vue peut donc être intéressée de manières bien diverses. Les troubles des autres sens sont très rares.

4° Les troubles cérébraux sont nombreux et variables à l'infini; ce qui domine c'est l'apathie, la passivité du malade; la mémoire est souvent affaiblie; quelquefois il y a de véritables attaques de sommeil, parfois au contraire de l'insomnie, de l'excitation cérébrale, on a signalé la tendance de l'hypochondrie, quelquefois un véritable délire, en général nocturne, monomaniaque. Les cas d'aphasie sont rares.

Tous les symptômes des affections cérébro-spinales peuvent se rencontrer dans le diabète, quelquefois céphalalgie et vertige, souvent syncopes et lipothymies ou simples étourdissements.

5° Parmi les troubles vaso-moteurs et trophiques on peut signaler l'urticaire provoqué par le grattage, la diminution de la sueur, certains œdèmes, la gangrène symétrique des extrémités, le mal perforant, des atrophies localisées de la peau, la rétraction de l'aponévrose palmaire.

6° Le coma est le plus grave des accidents nerveux du diabète; il peut apparaître à toutes les périodes; quelquefois il est précoce et peut être une des premières manifestations du diabète; il peut survenir tardivement chez des malades épuisés, ou dans le cours d'un diabète reconnu et stationnaire. L'auteur étudie avec soin cette grave complication et discute les théories proposées pour l'expliquer.

Le diagnostic ne peut être affirmé que par la constatation de l'odeur de chloroforme et l'examen des urines; il est surtout difficile de prévoir cette complication; le diagnostic est souvent hésitant avec le coma urémique quand l'anurie vient s'ajouter au coma.

Le coma diabétique est plus fréquent dans la jeunesse que dans l'âge avancé; il se manifeste souvent après des fatigues musculaires ou des émotions morales, ou l'opium donné intempestivement.

Le traitement des accidents nerveux comporte d'abord le traitement du diabète lui-même ; il faut avant tout s'abstenir de médication perturbatrice, se défier de l'opium. Les médications employées contre le coma

ont toujours été infructueuses; on doit cependant recourir aux excitations cutanées, à l'alcool, aux inhalations d'oxygène.

VIII. — L'auteur admet deux variétés d'hémiplégies, les unes liées à une lésion déterminée des centres nerveux et permanents; les autres sans lésion appréciable et passagère. Les premières s'observent surtout dans le diabète ancien, se conduisent comme des hémiplégies vulgaires et sont toujours dues à un ramollissement cérébral. Elles sont habituellement précédées de troubles nerveux et spécialement de troubles sensoriels, tantôt débutent par un engourdissement parétique avant d'arriver à la paralysie complète, tantôt par un ictus apoplectique ou au moins paralytique. La mort survient rapidement, le ramollissement est le résultat d'une oblitération artérielle sous la dépendance de lésions cardiovasculaires.

Les hémiplégies passagères surviennent surtout à la période du début apparent et sont parfois un phénomène révélateur du diabète; leur invasion est brusque avec ictus apoplectiforme ou vertigineux, plus rarement insidieuse. Elles se localisent à un segment du corps, joue, langue, œil, etc., sont peu accentuées; souvent associées entre elles ou avec d'autres accidents nerveux, elles durent quelques jours et disparaissent sans laisser de traces, mais souvent récidivent.

Leur mode de production est discutable ; il y a sans doute un trouble de la substance corticale et l'auteur admet comme plus probable l'hypothèse d'embolies graisseuses dans de fines artérioles. H. L.

IX. — M. Bouchard, sur soixante-six diabétiques, a constaté dix-neuf fois l'abolition du réflexe tendineux. Ce symptôme négatif se rencontre dans toutes les formes de diabète, pourvu que celui-ci soit ancien. Il arrive mais exceptionnellement qu'après avoir disparu, ce réflexe reparaît ; il coïncide alors avec une amélioration notable de l'état général ; lorsqu'au contraire la maladie s'aggrave, le réflexe disparaît. Chez les quarante-sept diabétiques présentant le réflexe à l'état normal, M. Bouchard n'a observé que deux décès, au contraire, six d'entre les dix-neuf malades chez lesquels ce syndrome faisait défaut sont morts assez rapidement. Dans deux cas, la constatation de l'abolition des réflexes a conduit l'auteur à rechercher le sucre dans l'urine. Comme cette particularité se rencontre aussi bien dans les cas de diabète d'origine nerveuse que dans ceux dus à une toute autre cause, il n'est pas possible jusqu'à présent de donner l'explication de ce phénomène. C. GIRAUDEAU.

X. — Un dragon de 23 ans tomba de la hauteur d'un troisième étage (12 pieds) dans la cour de la caserne. Transporté quelques heures après à l'hôpital il n'avait pas perdu connaissance et se rappelait toutes les circonstances de sa chute; il était tombé sur les fesses et avait éprouvé une commotion douloureuse à la région lombaire, sans craquement, puis la partie supérieure de son corps avait glissé en avant et enfin sur le côté gauche.

Les tentatives de redressement provoquent une vive douleur et sont arrêtées par une résistance insurmontable. — Aucun trouble psychique, aucune diminution de la sensibilité ni du mouvement, ni convulsions, ni priapisme, etc. Les membres inférieurs eux-mêmes ne sont pas paralysés; il y a eu une émission d'urine involontaire au moment de la chute, mais la paralysie de la vessie a disparu; pas de paralysie du rectum, ventre souple et mou, urine claire, pouls à 60, respiration normale.

L'auteur diagnostique une luxation de la deuxième vertèbre dorsale en

avant et à droite, qu'on put réduire assez facilement sans anesthésie. Le blessé fut laissé pendant 10 jours dans le décubitus abdominal; au bout de 15 jours on commença le massage, au bout de 5 semaines la gymnastique; à cette époque le malade pouvait marcher et exécuter tous les mouvements, qui, sauf la flexion forte de la colonne vertébrale et le saut sur la pointe des pieds demeurèrent difficiles et douloureux pendant longtemps.

L'état général était toujours demeuré excellent; l'urine dans les 14 premiers jours n'avait renfermé ni sucre, ni albumine. Au 15e jour le blessé accusa une soif vive; il n'avait pas dormi et son urine était très pâle et abondante; à l'analyse chimique elle donnait une réaction sucrée franche. — A partir de ce jour la quantité d'urine augmente rapidement ainsi que la proportion de sucre, en même temps que le poids du malade diminue. On trouve par exemple 4,500 grammes d'urine au 16e jour, 8,800 au 18e jour, 13,000 au 20e jour; le poids du malade qui était de 115 livres le 17e jour n'est plus que de 112 au 24e jour et 109 au 32e jour. Cependant, sous l'influence du régime azoté et de quelques verres d'eau de Carlsbad, plus tard des bains chauds, la quantité d'urine émise diminue régulièrement à partir du 20e jour et, à partir du 43e jour, on n'y constatait plus du sucre; la polyurie semble toutefois avoir persisté car, au 70e jour, date de la sortie du malade, il y avait encore 2,700 grammes d'urine; le poids du malade était alors de 115 livres.

D'après des renseignements parvenus à Scheuplein 2 ans après l'accident, le blessé n'a plus éprouvé aucune manifestation du diabète; il pèse 130 livres avec ses vêtements. DE SANTI.

XI. — D'après l'auteur, la névralgie glycémique n'est généralement pas un phénomène initial du diabète. Son début est brusque, inattendu; souvent c'est au milieu de la nuit, ou le matin au réveil que les accidents douloureux se manifestent pour la première fois. Les souffrances sont continues, tantôt térébrantes, tantôt lancinantes, tantôt fulgurantes, et à certains moments elles présentent des paroxysmes qui dépassent en acuité et en durée les exacerbations les plus violentes des autres formes de névralgie. Les douleurs ont lieu trois ou quatre fois par jour, le matin au lever, après le repas et le soir au coucher. Quoique très violents, les accès diurnes sont dépassés en intensité par ceux de la nuit. La douleur n'est pas toujours localisée exclusivement aux nerfs frappés de névralgie : elle s'étend parfois aux muscles et aux os. Un des caractères les plus saillants et les plus constants de la névralgie diabétique est la symétrie. Sur les vingt-deux cas réunis par M. Cornillon, dix-huit fois elle avait ce caractère. Le plus souvent, un membre est atteint d'abord, et quelques jours après seulement son congénère est affecté à son tour. Très tenaces en général, les phénomènes douloureux s'amendent en général lorsque la quantité de sucre contenue dans l'urine diminue : c'est dire toute l'importance que le médecin de Vichy attache à l'emploi du régime alimentaire et surtout à celui des eaux minérales alcalines. Les autres médicaments en usage pour le traitement des névralgies échouent presque toujours. Les rechutes sont fréquentes, et chacune d'elles tient le plus ordinairement à une recrudescence de la glycosurie. Souvent ce sont ces névralgies internes et symétriques qui conduisent à rechercher le sucre dans l'urine. Au point de vue pathogénique, l'auteur adopte la théorie qui place ces accidents sous l'influence de l'adultération du sang par le sucre. C. GIRAUDEAU.

XII. — L'auteur décrit, sous le nom de gangrène diabétique bulleuse

serpigineuse, une forme singulière de gangrène cutanée inflammatoire et qui lui semble unique.

Femme de 51 ans. Vers le commencement de mai se développèrent sur la jambe gauche plusieurs foyers de gangrène : un foyer large comme une pièce de 5 francs s'étend en dehors de la tubérosité tibiale antérieure. Un second foyer se trouve sur la face postérieure de la jambe, il est large comme la main; un 3e du volume d'une pièce de 2 francs, se trouve sur la face antérieure. Entre ces foyers on voit 15 à 20 bulles, grosses comme des pois ou des haricots, irrégulières, arrondies ou allongées, à contenu trouble. Sur 2 ou 3 d'entre elles, l'épiderme est déchiré et découvre un fond jaunâtre, granuleux.

Dans l'intervalle compris entre ces lésions, la peau est normale, pâle, lisse et sa température est normale.

Ces 3 foyers présentaient les caractères communs suivants : du bord convexe jusque vers le milieu du foyer une momification noire de la peau qui était coriace et un peu sous-jacente au niveau cutané. Dans le tiers interne une escarre pulpeuse sale verdâtre et au niveau du bord concave de nombreuses granulations d'un rouge vif, formant par place un rebord de séparation de 6 millimètres de largeur. Au niveau du bord convexe la momification était séparée de la peau par une bulle molle, sale.

Début par plusieurs bulles qui ont fini par se réunir en même temps que la partie sous-jacente s'escarriait; propagation de la gangrène dans une seule direction, tandis que le côté opposé se cicatrisait, telle est l'explication pathogénique que Kaposi donne de cette affection.

L'auteur s'arrêta à l'idée d'une gangrène d'origine diabétique.

En effet, l'examen des urines donna 5,13 pour 100 de sucre. Sous l'influence d'un traitement approprié (régime, eau de Carlsbad, topiques) la quantité de sucre diminua progressivement et l'état général, de même que l'état local s'améliorèrent considérablement. Mais vers le 17 septembre la maladie empira, de nouvelles plaques gangréneuses se développèrent, ayant la même marche serpigineuse, dépassant le genou et atteignant le pied. Bientôt les symptômes généraux devinrent graves et la malade succomba dans le collapsus, le 27 octobre.

La gangrène est la terminaison ordinaire des inflammations chez les diabétiques, cependant il y aurait des cas où, soit à cause de la petite quantité de sucre, soit qu'il s'excrète en moindre quantité, soit encore parce qu'il ne s'excrète qu'à des intervalles éloignés, l'inflammation n'aboutirait pas à la nécrose mais à un produit de réparation. Cela étant admis, Kaposi ajoute à la liste des dermatoses diabétiques une nouvelle affection qu'il désigne sous le nom de *Papilomatosis diabetica* et qu'il observa chez un diabétique. Elle consista en une éruption de végétations papillomateuses, de volume variable, plus ou moins ulcérées et qui guérirent sous l'influence d'un traitement approprié. M. SCHACHMANN.

XIII. — L'auteur tend à rapporter toutes les altérations anatomiques constatées dans les divers organes des diabétiques et principalement dans ceux qui constituent l'appareil digestif à un trouble de nutrition des vaisseaux, à une endo-artérite qui serait ou hyperplasique ou desquamative. Dans ce dernier cas, l'endothélium se détacherait pendant la vie pour se mêler au sang en circulation et la lame élastique de la tunique interne viendrait en contact direct avec le sang. Cette artérite serait de nature irritative, c'est-à-dire due au contact du sucre contenue dans le sang avec la paroi artérielle.

XIV. — L'auteur a décrit, sous le nom d'endo-artérite diabétique, deux

variétés de lésions artérielles, l'une hyperplastique qui rétrécit plus ou moins la lumière des vaisseaux, l'autre desquamative qui laisse à nu la lame élastique interne. Comme la physiologie a établi que la présence de la couche endothéliale artérielle était nécessaire pour maintenir le sang à l'état liquide, M. Ferraro s'est demandé si le sang diabétique ne présente pas de caractère particulier qui le rend moins facilement coagulable qu'à l'état normal ou bien s'il faut abandonner les notions physiologiques auxquelles nous venons de faire allusion. Dans ce but il a institué deux séries d'expériences; la première l'a conduit à affirmer que le sang diabétique se coagule aussi facilement que le sang normal en présentant les mêmes phénomènes qui ont été signalés par Hayem et Bizzozero, la seconde lui a montré que lorsqu'on détruit par des moyens mécaniques la tunique interne des artères, la coagulation ne se produit que lorsque les vasa vasorum de la paroi artérielle ont été intéressés, au contraire lorsque ces vasa sont respectés lorsque par conséquent la lésion se borne à une simple desquamation comme cela se passe dans le diabète, le sang au contact de cette paroi reste liquide.

XV. — Ce mémoire est basé sur deux observations de diabétiques chez lesquels on avait constaté pendant la vie une coloration brune de la peau rappelant celle de la maladie d'Addison. Dans les deux cas, le foie était augmenté de volume et sclérosé. Les cellules hépatiques étaient en outre infiltrées de nombreuses granulations pigmentaires tout comme MM. Cornil et Ranvier l'ont signalé dans les cirrhoses palustres; mais tandis que ces derniers croient que la cirrhose est consécutive à cette pigmentation anormale, MM. Hanot et Chauffard tendent plutôt à penser que sclérose et lésions diverses des cellules hépatiques sont contemporaines. Du reste ils s'empressent de reconnaître que cette cirrhose pigmentaire des diabétiques est non pas la lésion primordiale, de la glycosurie, mais bien une altération secondaire qui doit être placée à côté des surcharges graisseuses, scléroses diverses qui ont été signalées depuis longtemps dans le cours du diabète. Rapprochant enfin la mélanodermie constatée chez leurs malades de l'accumulation du pigment noir dans le foie, les auteurs se demandent s'il n'existe pas un rapport entre cette lésion et la teinte brune des téguments. C. GIRAUDEAU.

XVI. — Rangé a recherché chez 60 paludiques avérés si les urines contenaient du sucre; 24 fois il a noté des traces de sucre, mais 14 fois il y avait en dehors du paludisme divers états morbides. C. Z.

XVII. — Fait intéressant, concernant un cas de diabète aigu survenu chez un cultivateur âgé de 24 ans, d'une excellente santé jusque-là, d'apparence herculéenne. Début par l'accroissement de la soif et de l'appétit : polyurie et amaigrissement rapide. Cinq semaines après les premiers symptômes, le malade est déjà faible et languissant, se levant à peine. Dix jours plus tard, de la diarrhée et des vomissements surviennent, avec douleurs épigastriques, ballonnement du ventre, garde-robes fétides, fréquentes et bilieuses. L'appétit se perd et l'amaigrissement devient excessif. La mort survient dans le coma, à la fin de la 7e semaine.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale, sauf au niveau du pancréas qui est hypertrophié et manifestement cancéreux.

A propos de ce fait, l'auteur passe en revue les opinions des auteurs français sur les relations du diabète et des affections du pancréas sans ajouter aucun fait nouveau. H. R.

XVIII. — Fille de 20 ans, menstruée à l'âge de 14 ans. Depuis un an, aménorrhée et prurit vulvaire. Urine renfermant une grande quantité de sucre.

Schrœder, en examinant cette femme, constate une atrophie de l'utérus (moins de 5 centimètres de long) et des ovaires, malgré que la malade soit robuste et nullement émaciée.

En l'absence de toute autre affection organique, Hofmeier voit là une atrophie secondaire des organes sexuels, occasionnée par le diabète, c'est-à-dire l'analogue de l'impuissance diabétique signalée chez l'homme. J. B.

XIX. — L'auteur appelle l'attention sur un fait aussi curieux qu'intéressant, c'est l'existence fréquente de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques. 8 observations concluantes viennent à l'appui de cette thèse; dans une 9e, due à M. Hayem, la rétraction est survenue dans le cours d'une polyurie simple.

Mais quel rapport existe-t-il entre la rétraction et le diabète? L'auteur n'émet à ce sujet que des hypothèses.

« En raison de la parenté de la goutte et du rhumatisme avec le diabète, dit-il, on peut admettre que certains accidents de la goutte et du rhumatisme chronique apparaissent quelquefois dans le diabète, telle la rétraction de l'aponévrose palmaire. Il se peut encore que cette rétraction soit de la nature des troubles trophiques qu'on observe souvent chez les diabétiques; cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'un des malades présentait un double mal perforant des pieds. — Il se peut enfin que, comme on l'a admis pour certains organes, cette rétraction soit l'effet de la déshydratation organique provoquée par la polyurie. »

Quoi qu'il en soit, étant donnée la susceptibilité spéciale des diabétiques vis-à-vis les traumatismes, le chirurgien devra toujours, en présence d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, songer au diabète et faire l'analyse des urines. DE SANTI.

XX. — Le fait suivant intéresse spécialement les médecins des compagnies d'assurances sur la vie.

Von Heusinger avait examiné un jeune homme sans découvrir aucune maladie. Mais il constata une décoloration de la solution cuprique à la chaleur et formation d'un précipité vert jaunâtre. Vu la faible quantité d'urine émise, il était impossible de faire de nouvelles expériences, aussi l'auteur ajourna-t-il le jeune homme au lendemain. Cette fois-ci l'urine ne présenta aucune réaction rappelant le sucre et von Heusinger découvrit la cause de la réduction observée la veille.

Le jeune homme avait eu, il y quelques mois, une chaudepisse et, sur le conseil de son médecin, il avait continué, une fois guéri, à se faire chaque matin une injection de sulfate de zinc, après avoir vidé au préalable sa vessie.

Le premier examen de von Heusinger avait suivi de près une de ces injections.

Des recherches entreprises par Fittica montrèrent que le précipité était formé exclusivement d'hydrate de zinc et non d'oxydule de cuivre.

J. B.

XXI. — L'auteur rapporte l'histoire très intéressante d'une famille dans laquelle le diabète insipide s'est montré avec une telle fréquence qu'on est amené à en faire une maladie réellement héréditaire. Des 77 descendants de J.-P. Schwartz, 23 ont eu du diabète simple, ce qui donne la proportion énorme de 30 pour 100.

L'hérédité s'est montré directe du père au fils, au petit-fils et à l'arrière-petit-fils. Elle épargne certains individus, puisque 30 pour 100 seulement deviennent diabétiques. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence.

L'hérédité n'a pas sauté de génération; c'est-à-dire que, jusqu'à présent, les individus qui n'ont pas été diabétiques n'ont pas engendré de diabétiques.

Du reste, en dehors de la tendance au diabète simple, la constitution de cette famille était aussi bonne que possible; on n'a observé chez elle aucune tendance diathésique marquée. Un des symptômes prédominants était la soif intense, exagérée. Ces individus ingéraient des quantités énormes d'eau.

Une jeune fille de 11 ans buvait 7 à 8 litres par jour, un homme de 43 ans 4, 5 litres. Les chiffres de 5, 6 litres étaient les plus faibles.

La quantité des urines émises correspondait à la masse de boisson absorbée; 5, 6, 9 et même 10 et 15 litres par 24 heures.

La vessie était habituellement très dilatée, et au bout de 1 heure à 1 heure 1/2 les malades émettaient en une seule fois de 1 à 2 litres d'une urine pâle, sans odeur, faiblement acide ou même neutre, d'un poids spécifique moyen de 1001 à 1003.

Les autres fonctions étaient absolument normales : l'appétit était bon, les digestions régulières.

Le plus souvent le diabète s'est montré dès l'enfance : à 5 ou 6 mois la miction totale est déjà excessive. Il continuait jusqu'à 60 ans, sans interruption, et subissait seulement vers cette époque une légère diminution.

Le diabète s'est trouvé suspendu pendant la fièvre typhoïde, augmenté au contraire pendant la grossesse. ALBERT MATHIEU.

I. — **La doctrine de l'acétonémie à propos d'un coma diabétique, par CORNILLON et MALLAT** (*Progrès méd.*, 15 *décembre* 1883).

II. — **Ueber den plotzlichen Tod und ueber das Coma bei Diabetes, par J.-Th. FRERICHS** (*Zeits. f. klin. Med. VI, p.* 4).

III. — **Ueber Selbstinfection durch abnorme Zerzetzungsvorgänge und ein dadurch bedingter Coma (Sur l'auto-infectionpar d es processus de décomposition et sur le coma dyscrasique ainsi produit, par H. SENATOR** (*Ibid., Band VII, p.* 235). — *Idem*, **par SENATOR et LITTEN** (*Berl. klin. Woch.*, 22 *octobre* 1883).

IV. — **Beiträge zur Lehre von der Acetonurie und von verwannten Erscheinungen (De l'acétonémie), par F. PENZOLDT** (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXIV, Heft* 2, *p.* 127).

V. — **Étude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par de GENNES** (*Thèse de Paris*, 1884).

VI. — **Note sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique et paraissant avoir une action favorable, par LABOULBÈNE** (*Union méd.*, 14 *octobre* 1883).

VII. — **Diabète artificiel, par E. MASOIN** (*Rev. méd. de Louvain*, 1884).

VIII. — **Sur l'action de l'iodoforme dans le diabète sucré, par BOZZOLO** (*Arch. ital. de biol., juillet* 1884).

IX. — **De la pepsine et des peptones dans le traitement du diabète, par de GIOVANNI** (*Gazz. med. Ital. Prov. Venete*, 12 *janvier* 1884).

X. — Du traitement du diabète par le bromure de potassium, par TEISSIER père (*Lyon méd.*, *p.* 221, 17 *février* 1884).

XI. — Cases of diabetes treated with nux vomica and mineral acids, par S. WILKS (*Med. Times*, 8 *mars* 1883).

I. — Ces auteurs font suivre l'observation d'un malade diabétique, mort avec les symptômes comateux, des conclusions suivantes :

1° Dans l'immense majorité des cas de coma diabétique l'acétonémie ne peut être invoquée comme cause directe absolue de cet accident; 2° la coloration rouge brun par le perchlorure de fer et la teinte rose clair par l'acide sulfurique s'observent non seulement dans les urines des individus succombant dansle coma, mais chez des gens amaigris, depuis longtemps glycosuriques ; 3° les réactions ne sont pas pathognomoniques de l'acétone et ne sont pas en raison directe des quantités de sucre trouvées dans l'urine ; 4° la distillation, une chaleur intense et prolongée ont la propriété de les empêcher. Le refroidissement n'a pas le même effet ; 5° le perchlorure de fer au contact de la salive des gens sains et diabétiques produit une coloration rouge brun caractéristique quoique atténuée; 6° on n'observe généralement pas les réactions ferrique et sulfurique, chez les diabétiques gras, lors même que leur maladie remonte à une époque éloignée. H. L.

II. — Frerichs divise en trois groupes les observations de mort subite dans le diabète.

Le premier groupe comprend les malades qui, ordinairement à la suite d'une fatigue, sont pris de faiblesse générale, de refroidissement des extrémités, de somnolence, de perte de sentiment, et s'éteignent en quelques heures. Les uns étaient déjà émaciés, tombés dans le marasme; chez les autres, au contraire, l'aspect extérieur était satisfaisant; quelques-uns étaient même guéris.

Le second groupe diffère du premier par une durée plus longue des accidents. Il y a ordinairement des prodromes : faiblesse générale, troubles gastriques, nausées, vomissement, constipation, ou bien une maladie locale telle que ulcération dentaire, pharyngite, phlegmon circonscrit avec tendance à la gangrène, bronchite, broncho-pneumonie limitée ou étendue, etc. A la suite de ces prodromes surviennent de la céphalalgie, de l'agitation, du délire, des oppressions, des accès de manie, de la dyspnée, avec ou sans cyanose ; le pouls est faible et accéléré, la température s'abaisse et le malade tombe dans la somnolence et le coma. L'air expiré a une odeur qui rappelle celle des fruits ou du chloroforme ou de l'acétone. Très exceptionnellement la somnolence disparaît pour reparaître ensuite ou bien parfois pour faire place à une amélioration persistante. Ces accidents peuvent durer vingt-quatre heures, plus souvent ils durent trois à cinq jours, mais ils peuvent se prolonger davantage.

Le troisième groupe comprend les malades qui, sans dyspnée ni sentiment d'angoisse, avec une tension modérée des artères, avec un état de nutrition satisfaisant en apparence, sont pris de céphalalgie, de vertige, de somnolence qui devient un coma dont ils ne sortent point. Ici encore la respiration a l'odeur caractéristique. Par l'addition de chlorure de fer l'urine présentait une coloration rouge comparable à celle du vin de Bourgogne.

Sans pouvoir donner aucune statistique, Frerichs affirme la fréquence de la mort subite dans le diabète. Elle constitue avec la phtisie un des plus grands dangers de la maladie.

Frerichs croit que la cause de la mort subite (ou rapide) dans le diabète n'est pas toujours la même. Dans les faits qu'il a rangés dans le premier groupe, il admet que la mort est le fait d'une paralysie du cœur due à une dégénération de ce muscle. Dans les faits du second et du troisième groupe il s'agit probablement d'une intoxication. Elle est le fait d'une série de transformations qui se produisent dans le sang, mais nous ne connaissons que les produits terminaux qui sont l'acide acéto-acétique et l'acétone.

Au mémoire de Frerichs sont joints sous forme d'appendice deux travaux faits dans son laboratoire par ses assistants Ehrlich et Brieger. Le premier a trait à la présence de la matière glycogène dans l'organisme sain ou diabétique (Ehrlich), l'autre expose les résultats de recherches chimiques sur le coma diabétique (Brieger, Debove).

Le tube digestif, la vessie, le sang lui-même, peuvent être le siège de processus de décomposition qui donne lieu à une infection autochthone.

III. — Deux systèmes de l'économie, les reins et le système nerveux, sont surtout affectés par ces dyscrasies.

Elles se traduisent entre autres par un syndrome que Kussmaul (*R. S. M.*, IV, 519) a le premier décrit sous le nom de coma diabétique et qui se compose de quatre phénomènes dont le plus caractéristique est une dyspnée de forme toute spéciale.

Senator a observé ce complexus symptomatique sept fois en dehors du diabète, à savoir :

Dans deux cas de cystite chronique : l'un des malades avait une haleine rappelant l'odeur de la triméthylamine;

Dans deux cas de cancer de l'estomac, accompagnés d'une anémie exceptionnelle même dans cette maladie;

Enfin, dans trois cas d'anémie pernicieuse.

Chez aucun de ces malades l'urine n'offrait la réaction de l'acétone. Chez tous, le syndrome de Kussmaul est apparu dans le stade préagonique.

Litten est aussi d'avis que les intoxications autochthones de l'économie sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Toutefois, pour ce qui concerne le coma terminal de la cystite ammoniacale, il ne pense pas qu'on puisse le séparer de l'urémie.

Jaksch a publié récemment un cas de coma chez un cancéreux dont l'urine contenait le corps qui rougit par présence du perchlorure de fer.

Chez une jeune scarlatineuse, Litten a observé un état comateux rappelant le coma diabétique, mais s'en différenciant par l'absence de troubles respiratoires spéciaux à ce dernier. L'haleine de cette enfant exhalait l'odeur de chloroforme ou de pommes; néanmoins, son urine examinée à plusieurs reprises, ne contenait pas de sucre; en revanche, elle prenait toujours une coloration rouge très intense quand on y ajoutait quelques gouttes de perchlorure.

Depuis lors, Litten a rencontré le même état chez plusieurs enfants et adultes et toujours il avait débuté par des troubles digestifs, gastriques

ou intestinaux. C'est d'ailleurs une remarque qui a été déjà faite pour le coma diabétique. J. B.

IV. — La théorie de l'acétonurie a été tout d'abord formulée par von Dusch ; les premières descriptions lui sont dues ainsi qu'à von Petters, Kaulich et Cantani. Kussmaul a fait expérimentalement une étude analytique. La question a été reprise par Frerichs et plus récemment par Jaksch.

Malgré le nombre et la valeur de ces travaux, il règne encore beaucoup d'incertitude, tant au point de vue de la clinique que de la pathogénie de l'acétonurie.

Tout d'abord, les réactions employées sont des réactions souvent incertaines. Si elles se produisent lorsqu'il existe dans l'urine de l'acétone, elles peuvent se faire aussi en présence d'autres substances, l'acétone faisant défaut. Cela est vrai en particulier de la coloration rosée que donne le perchlorure de fer dans certaines urines.

Penzoldt considère la réaction indiquée par A. Baeyer et Viggo Drewsen comme plus fidèle. Si l'on verse une solution d'aldéhyde nitrobenzique dans une solution d'acétone jusqu'à ce qu'il se fasse un léger trouble par l'eau, et qu'on y ajoute une solution étendue de lessive de soude, d'eau de baryte ou d'ammoniaque, la liqueur se colore en jaune, puis en vert et enfin il se précipite une quantité abondante de bleu d'indigo.

Lorsqu'il existe très peu d'acétone on peut rassembler l'indigo et le rendre plus évident en ajoutant quelques gouttes de chloroforme en agitant et en laissant reposer. Cette réaction est assez sensible pour révéler 1 d'acétone dans 2,000 parties d'eau.

Penzoldt a, par ce procédé, vérifié l'exactitude de la proposition de Legal qui prétend que l'acétone existe en quantité très faible dans l'urine normale. Il a constaté aussi que la réaction de Lieben, employée par Jaksch, fait croire à l'existence dans l'urine d'une notable quantité d'acétone alors qu'il n'en existe que des traces négligeables.

Les expériences entreprises sur les animaux, en particulier sur les lapins, lui ont démontré que si l'acétonémie est vraisemblable, il n'est nullement démontré que l'on doive exclusivement rapporter à cette intoxication les accidents comateux et autres observés chez l'homme. Les accidents semblent plus accusés quand on maintient l'animal sous une cloche de façon à empêcher l'élimination de l'acétone par la respiration. A. M.

V. — La théorie qui explique le coma diabétique par l'acétonémie telle qu'elle a été émise par Kaulich, Kussmaul, Föster, etc., a subi depuis de vives attaques ; Botto Scheube, Frerichs, Jaksch, Sanders et Hamilton, etc., ont essayé de lui substituer d'autres hypothèses. En présence d'assertions contradictoires, un travail de revision et de contrôle devenait chose nécessaire ; c'est ce qu'a voulu faire M. de Gennes, dans une thèse très intéressante, consacrée à la défense et à la réhabilitation de la théorie acétonémique.

Après un historique très complet de la question, et une étude succincte de l'acétone, l'auteur donne une bonne description du syndrome connu sous le nom de coma diabétique ; il étudie en détail l'odeur de l'haleine, les réactions chimiques de l'acétone dans l'urine, la dyspnée spéciale, les troubles digestifs qui lui sont le plus souvent associés, enfin l'hypothermie

et le coma terminal avec ses deux caractéristiques : l'absence de convulsions et la conservation de la sensibilité.

Outre les formes rapides aiguës de l'acétonémie, existe une forme moins connue, chronique ou à répétitions. On voit le sucre urinaire diminuer notablement, et en même temps se montrent, atténués et curables, les accidents de l'acétonémie. Ceux-ci disparaissent dès que le sucre augmente de nouveau et que l'acétone cesse d'être produite.

A côté des causes bien connues du coma diabétique, telles que les fatigues, les voyages, les émotions morales, l'auteur insiste sur l'influence productrice de la diète carnée ; abandonné à lui-même, le diabète ne conduit pas à l'acétonémie.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut noter l'intégrité du sang en tant que globules et examen spectroscopique ; on n'y trouve ni micro-organisme ni ferments figurés ; la lipémie n'est pas constante ; l'acétone, au contraire, se retrouve toujours dans le sang et les organes.

La fermentation acétonémique se fait probablement d'abord dans le sang, et non dans l'estomac comme l'ont avancé certains auteurs. Quatorze obervations, dont onze inédites, terminent cette partie clinique de la thèse.

La seconde partie est purement expérimentale, et montre que les inhalations ou les injections sous-cutanées d'acétone reproduisent exactement chez l'animal le tableau du coma diabétique. Mais il faut des doses assez élevées : en injection, 60 à 120 gouttes pour un cobaye, 120 à 200 gouttes pour un lapin, pour un chien adulte et vigoureux jusqu'à 300 centimètres cubes. Malgré la nécessité de recourir à des doses aussi massives, l'auteur considère ces expériences comme la démonstration positive de ce que la clinique avait déjà fait entrevoir, le rôle primordial de l'acétonie dans la pathogénie du coma diabétique. A. CHAUFFARD.

VI. — M. Laboulbène communique brièvement les observations de trois malades atteints de diabète sucré (20 à 40 grammes de sucre par litre) et qui soumis à un traitement rationnel, alimentation azotée, alcaline, vin généreux, pain de gluten, virent disparaître la glycosurie sans que sa polyurie diminuât notablement. Les analyses de l'urine faites par Personne décélèrent la présence de l'inosite. Dans les trois cas les symptômes s'étaient fort amoindris et on pouvait presque parler de guérison. M. Laboulbène pose la question sur la valeur pronostique favorable de l'inosurie sans vouloir la résoudre. H. L.

VII. — M. Masoin a entrepris une série de recherches pour démontrer l'action antiglycosurique de l'arsenic. Après avoir soumis divers animaux à l'administration de l'arséniate de soude à l'intérieur, il pratiqua la piqûre du bulbe chez les animaux en expérience et constata que la glycosurie habituelle en pareil cas ne se produisait pas, fait déjà signalé par Cl. Bernard et contrôlé depuis par M. Quinquaud. L'auteur en conclut que dans certains cas de diabète hépatique l'arsenic peut être employé pour s'opposer à la glycosurie.

VIII. — Voici les conclusions formulées par l'auteur :

1° L'iodoforme à doses élevées (de 1 à 2 grammes) diminue l'élimination du sucre et la quantité des urines ;

2° Il diminue le nombre des globules rouges et de l'hémoglobine ;

3° Il diminue la tension artérielle ;

4° A la suite de l'alimentation par la viande en dehors de l'influence déjà connue sur la quantité des urines et du sucre, on a, dès le début, dans le diabète une diminution, et plus tard une augmentation des globules rouges et de l'hémoglobine.

XI. — Un jeune homme de vingt ans, diabétique, était soumis exclusivement au régime azoté ; malgré ce traitement diététique la quantité de sucre contenue dans l'urine était toujours la même, les urines ne diminuaient pas de quantité et les forces ne revenaient pas. M. Giovanni eut alors l'idée d'examiner les selles du malade et il put s'assurer qu'une partie des aliments n'était pas digérée. Il administra alors la pepsine et les peptones à l'intérieur tout en continuant le même régime alimentaire, et il vit bientôt les principaux symptômes du diabète s'amender pendant que l'état général redevenait meilleur. Le mieux se continua après la sortie du malade de l'hôpital.

L'auteur a pu constater dans plusieurs autres cas de diabète, mais non dans tous, les bons effets de ce traitement ; il le recommande principalement chez les diabétiques atteints de gastrite chronique. G. GIRAUDEAU.

X. — M. Teissier, convaincu, comme G. Félizet (voy. *R. S. M.*, XXII, 181), que le diabète sucré a souvent pour cause des affections nerveuses, des émotions morales et des troubles fonctionnels du grand sympathique, a expérimenté le traitement indiqué par ce médecin, le bromure de potassium. Il en a obtenu les plus heureux effets et n'a jamais observé les effets dépressifs que paraissait redouter Dujardin-Beaumetz (*Bull. acad. de méd.*, août 1883).

Voici un court résumé des observations :

1° Malade de 45 ans, arthritique, 50 grammes de sucre par jour, 2 à 3 grammes de bromure par jour. Les forces augmentent notablement et la dose de sucre diminue et disparaît rapidement ;

2° Femme de 72 ans, diabétique depuis 12 ans, de 30 à 80 grammes de sucre par jour. Très nerveuse. Insomnies persistantes que n'avait pu calmer aucune médication. L'insomnie et l'irritabilité cédèrent avec le bromure ;

3° Malade d'hôpital, misérable, 63 ans, perte de poids de 20 kilogrammes en un an. A son entrée dans le service, elle pesait 41 kilogrammes. La dose de sucre tomba de 60 à 48 grammes par litre. En un mois elle gagnait, sous l'influence du bromure, 2 kilogrammes 500, malgré les conditions déplorables où elle se trouvait.

4° Femme de 50 ans. Diabète grave. Tuberculose consécutive. 100 grammes de sucre par jour. Impuissance des alcalins et du régime de Bouchardat. 2 à 4 grammes de bromure par jour. Malgré l'existence d'une caverne pulmonaire, l'amélioration fut rapide. Le sucre qui était tombé de 100 à 30 grammes continua à diminuer pendant l'été et disparut 2 mois plus tard.

XI. — L'auteur a obtenu d'excellents résultats, dans le diabète, de l'administration de la noix vomique (en teinture) et des acides minéraux dilués (acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique). A. CARTAZ.

Ueber Kohlehydratentartung der Gewebe (De la dégénérescence hydrocarburée des tissus), par PASCHUTIN (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 40, 1884).

Paschutin soutient, depuis 1871, que le diabète sucré n'est qu'un mode de dégénération spéciale des tissus, dégénération hydrocarburée comparable à la dégénération graisseuse. N'ayant pu examiner des tissus de diabétiques, au point de vue chimique et microscopique, ni étudier

chez les animaux le diabète provoqué par la voie expérimentale; Paschutin s'est du moins assuré que la plupart des tissus renferment des hydrocarbures, qui offrent ou non les réactions du glycogène. Dans certains troubles nutritifs, comme l'inflammation, divers composés organiques sont dissociés de telle sorte qu'une grande quantité d'hydrocarbure est mise en liberté et passe dans les urines sous la forme de glycose. C'est par un processus de cet ordre que Paschutin explique non seulement le diabète sucré vrai, mais encore les glycosuries passagères, celles par exemple qui sont consécutives à une intoxication. A ce titre la dégénération hydrocarburée peut être rapprochée de la dégénérescence graisseuse. L. D.-B.

Ueber Venenspasmus, par WEISS (*Wien. med. Presse*, n. 31 à 35, 1882).

Les observations des physiologistes et surtout les expériences de Goltz ont démontré que les veines possèdent, comme les artères, un tonus spécial dont le siège central est la moelle ou le bulbe, et qui subit l'influence des excitations directes et réflexes chez les animaux et chez les hommes. L'innervation de ces vaisseaux ne le cède en rien à celle des artères au point de vue de la distribution anatomique, et l'on peut prévoir que les phénomènes de vaso-dilatation et de vaso-constriction obéiront à des lois analogues, dans les deux variétés de canaux. Jusqu'ici, les névroses des veines ont échappé presque complètement aux cliniciens, et seul Mauthner, en 1865, a songé à invoquer le spasme de ces vaisseaux, pour expliquer des troubles observés chez une jeune fille de 19 ans, chlorotique au niveau des extrémités. Il s'agissait de taches rouges diffuses, auxquelles succédaient des plaques bleu foncé, avec gonflement et anesthésie des parties malades, le tout durant plusieurs heures. Manthuer les vit disparaître sous l'influence des préparations martiales quand la chlorose guérit.

Théoriquement on peut comparer les manifestations du spasme, des artères et celles du spasme des veines. Dans le premier cas, aspect blanc, cireux, cadavérique, de la peau sans écoulement de sang par les piqûres ; dans le second, coloration rouge puis violacée, bleu foncée et enfin noire, avec prédisposition aux hémorragies par les points incisés. Le spasme artériel produit un abaissement de température immédiat, le frottement, la modification de la peau; le spasme des veines ne détermine le refroidissement qu'au moment où la cyanose apparaît, le premier stade étant caractérisé par la rougeur et l'échauffement du tégument; il provoque aussi la turgescence de la peau qui se tuméfie et se couvre de petites ecchymoses. Dans la première variété de phénomènes, il y a des troubles très accentués de la sensibilité ; dans la seconde on observe tout au plus une sensation de tension désagréable.

Enfin les constrictions artérielles apparaissent brusquement et cessent de même, tandis que les veineuses sont plus lentes à se développer et à disparaître.

On verra que, d'après ce tableau, le titre de l'observation de l'auteur paraît justifié.

Il s'agit d'une femme de 37 ans appartenant à une classe élevée de la société, et dont les antécédents, au point de vue du nervosisme, sont importants

à connaître. Pendant les premières années de la vie, elle a eu des convulsions; au moment de la puberté, une toux coqueluchoïde, qui a duré plusieurs mois, quatre grossesses normales, un avortement. A l'âge de 26 ans, fièvre typhoïde; dès lors fréquents troubles trophiques, vaso-moteurs et sensitifs : ischémie des doigts, tuméfaction passagère des articulations phalangiennes, gangrène superficielle de ces parties, dystrophie des ongles, hyperesthésie ou paresthésie dans tout le domaine du plexus brachial. En mai 1880, pneumonie droite.

En juillet 1880, sans cause apparente hydarthrose du genou et tuméfaction de tout le membre inférieur gauche pendant un temps fort court, mais récidivant au bout de quelques semaines. Les mêmes manifestations sont observées plus tard au membre supérieur droit. En janvier 1881, gangrène de la phalangette de l'auriculaire gauche, en juillet 1881, de l'index et du médius droit, avec perturbation sensitive et nutritive des mains, et paralysie du grand sympathique cervical à gauche, gangrène superficielle de la joue de ce côté, ainsi que du sacrum et des fesses. Ces accidents ont été précédés de troubles vasomoteurs au niveau des phalanges; on voyait à la suite d'une émotion ou même sans cause appréciable ces parties se colorer en violet ou en bleu foncé, et parfois on pouvait faire disparaître cette coloration en chassant le sang dans les grosses veines. La cyanose alternait avec l'ischémie.

Au mois de novembre 1881 des phénomènes analogues, dus vraisemblablement au spasme des veines se manifestent aux pieds. La malade accuse pendant quelques jours une sensation de tension et de refroidissement des orteils, puis un jour elle constate, à la face inférieure des orteils, des plaques noirâtres, dont la coloration ne persiste que quelques minutes, mais qui se reproduisent plusieurs fois dans la journée. Au moment où l'auteur vient à observer la patiente, les orteils ne présentent rien d'anormal; mais dans le cours de l'examen, et sous l'influence de l'anxiété qui se produit alors, le médecin voit brusquement la pulpe des orteils se colorer en rouge, puis en violet, en bleu foncé, et enfin en noir. Les taches s'arrêtent aux limites de l'ongle et présentent sur les côtés de la pulpe des contours parfaitement nets. On note à leur niveau un abaissement de la température, et une diminution de la sensibilité. Le pouls de l'artère tibiale et de la pédieuse est égal à celui du côté opposé. Au bout de quelques minutes le gonflement des parties atteintes disparaît, la teinte devient plus claire et la peau reprend l'aspect habituel.

Les phénomènes se sont reproduits pendant quatre mois d'une façon très irrégulière, variant de fréquence et d'intensité, durant de quelques secondes à une ou deux heures. Parfois les parties cyanosées se ratatinaient au lieu de se tuméfier; ou bien quelques orteils étaient ischémiés tandis que les autres prenaient la coloration noire, ou bien l'ischémie et la cyanose se succédaient sur le même orteil. Survenant parfois pendant le sommeil, le phénomène pouvait être provoqué par une émotion ou par une excitation mécanique, thermique ou faradique distante des rameaux sensitifs. Il se montra dans la suite sur des parties primitivement respectées : le bord interne, le bord externe du pied, la plante, le talon, la face dorsale des orteils. Chose remarquable, il ne subissait en rien l'influence des changements de position du membre, du repos prolongé, ni de la marche, ni celle de la température ambiante, froid ou chaleur, et paraissant être uniquement sous la dépendance de l'influx nerveux. Au bout de quatre mois la malade a pu être considérée comme guérie non seulement de l'affection des orteils, mais aussi de l'ischémie spasmodique signalée aux doigts. L. GALLIARD.

Septicémie intestinale d'origine spéciale, par R. LÉPINE et D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 20 *juillet* 1884).

Un homme de 44 ans est opéré le 30 décembre de hernie étranglée : la gangrène de l'intestin nécessite l'établissement d'un anus contre nature à

droite. Le 3 juin, alors qu'on se disposait à tenter la cure de l'anus, le malade est pris, sans cause appréciable, de délire, d'éruption scarlatiniforme. On crut tout d'abord à une scarlatine, mais l'absence de mal de gorge, l'absence de fièvre (température rectale 37°,5) fit penser à une intoxication belladonée; l'enquête ne fit rien découvrir. Le lendemain, persistance du même délire, de la sécheresse de la gorge, de la dilatation pupillaire, sans fièvre; disparition de l'exanthème. M. Lépine pense qu'il s'agit d'une septicémie spontanée et diagnostique une auto-intoxication par une ptomaine atropique. Huit jours plus tard, le malade mourait. Urines albumineuses dans les derniers jours.

A l'autopsie, aucune lésion des viscères qui sont simplement congestionnés. L'intestin grêle ne renferme qu'un mucus coloré par la bile. Le cœcum et le côlon ascendant ne présentent rien d'anormal jusqu'à la fistule; mais à partir de ce point jusqu'au rectum, on trouve une matière semblable à du mastic, d'odeur putride, pesant environ 20 grammes.

Les auteurs attribuent à ce magma, résultant de la stagnation des matières contenues dans le côlon transverse et de leur putréfaction, l'empoisonnement septique auquel a succombé le malade. A. CARTAZ.

Prophylaxie de la variole. Les Revaccinations, par A. MOSSÉ (*Gaz. hebdom. Montpel.*, *n*os 45 *et* 48, 1883).

Dans ce travail l'auteur a eu pour but d'établir l'utilité absolue des revaccinations. Il a cherché à montrer comment, en pratique, on pourrait généraliser cette mesure prophylactique dans notre pays, après le rejet de la loi Liouville, tendant à rendre la vaccination et la revaccination obligatoires.

Parmi les faits cités par Mossé à l'appui de l'opinion qu'il défend, les deux suivants méritent d'être relevés : ils peuvent être rapprochés d'autres faits analogues publiés en France et à l'étranger (*R. S. M.*, XXII, 95).

1° Pendant la dernière épidémie de variole (octobre-novembre 1882), qui a frappé un assez grand nombre d'habitants à Montpellier, tous ou du moins presque tous les élèves du lycée et des écoles publiques furent revaccinés. Il n'y eut aucun cas de variole à déplorer pendant toute la durée de l'épidémie.

2° Dans un misérable appartement du quartier principalement atteint par la variole vivait une famille composée du père (alcoolique), de la mère et de 5 enfants. L'aînée, fillette de 12 ans, seule parmi les enfants avait été vaccinée; l'un d'eux fut d'abord frappé, puis successivement les trois autres; le dernier était encore à la mamelle. Tous les quatre ont succombé, *seule l'enfant vaccinée échappa à la contagion.* Chose d'autant plus probante et plus significative, comme le remarque l'auteur, que « dans ce pauvre logement où il y avait seulement deux lits et un « berceau, le contact était continuel, immédiat, et qu'il ne fut possible de « décider la mère à faire transporter ses enfants à l'hôpital qu'à la der- « nière extrémité ». A. C.

GYNÉCOLOGIE.

Traité pratique de Gynécologie, par de SINÉTY (2e édit., *Paris*, 1884).

La deuxième édition de ce traité comprend près de 1,000 pages, elle est donc plus étendue de 150 pages que la première. Beaucoup de chapitres ont été complètement remaniés, la plupart ont été considérablement augmentés. On y retrouve la même clarté dans l'exposition, les mêmes qualités de critique et d'érudition. Les travaux les plus récents y ont été mis à contribution par l'auteur et y sont indiqués. A défaut d'une bibliographie complète de chaque question, ces indications permettent cependant de le reconstituer d'une façon satisfaisante. Parmi les modifications les plus importantes de l'ouvrage, nous pouvons signaler en première ligne la place beaucoup plus importante consacrée au traitement chirurgical, qui avait été, peut-être, un peu succinctement exposé dans l'édition précédente. En général les développements les plus étendus ont porté sur le chapitre du traitement. Les indications hydro-minérales et un formulaire varié y ont été l'objet d'un soin particulier. Parmi les chapitres tout à fait nouveaux, nous citerons ceux qui concernent les brides vaginales, l'hyperesthésie vulvaire, les parasites du vagin. Parmi les chapitres qui ont été remaniés ou augmentés notablement, nous mentionnerons ceux qui concernent l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'herpès vulvaire, l'urétrite, les syphilides du vagin, les érosions du col, en particulier les érosions contagieuses. La direction qu'a pris M. de Sinéty d'un service de l'infirmerie de Saint-Lazare donne à cet observateur judicieux une compétence toute spéciale pour traiter de ces questions. Aussi trouvera-t-on dans son livre des renseignements importants.

Le chapitre concernant les inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus est complètement modifié. L'auteur admet trois sortes de lésions : la périmétrite ou pelvi-péritonite, la paramétrite ou phlegmon des ligaments larges, les inflammations circum-utérines proprement dites. Il tranche donc dans le sens éclectique les discussions si vives qui ont été élevées au sujet de la nature de ces inflammations. Comme dans la précédente édition la pathologie de la mamelle n'y est pas étudiée dans toute son étendue. Les néoplasmes mammaires n'y sont pas traités, c'est une lacune que nous continuons à regretter ; l'autorité de M. de Sinéty en anatomie pathologique le mettait cependant à même de nous exposer cet important chapitre avec la clarté qui distingue ses recherches. PORACK.

Superinvolution of the uterus, par Al. RUSSELL SIMPSON (*Edinb. med. journ.*, *p.* 961, *mai* 1883).

Sous ce nom, l'auteur décrit un état atrophique de l'utérus, qui n'est pas lié à des maladies générales cachectisantes, ni à des inflammations

pelviennes, mais qui survient à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. Les lésions constatées sont les suivantes : diminution de volume de l'organe, tantôt limitée au col, tantôt étendue à tout l'utérus, qui n'a plus que le quart de ses dimensions normales : atrophie correspondante des ovaires, et disparition des rugosités de la muqueuse vaginale. Cet état coïncide en général avec une apparence extérieure anémique, parfois même cachectique. D'ordinaire, c'est après une série d'accouchements que cette affection s'observe ; Simpson l'a observée à la suite de simples fausses couches. Les conditions qui, suivant lui, y prédisposent, sont :

1° La tendance constitutionnelle à contracter la tuberculose ;

2° L'anémie consécutive aux graves hémorragies ;

3° La lactation trop longtemps prolongée, qui entraîne une aménorrhée persistante ;

4° La répétition trop rapide d'un certain nombre de grossesses successives ;

5° Enfin les inflammations locales (traumatismes utérins pendant l'accouchement, déchirure du col, endométrite chronique).

Le symptôme capital de l'atrophie utérine par superinvolution est l'aménorrhée : celle-ci peut être absolue et définitive : d'autres fois les règles se montrent encore, mais de loin en loin et très irrégulièrement. L'examen direct par le doigt, le toucher rectal, le spéculum, montre la diminution considérable de volume de l'organe.

L'auteur conseille, comme méthode de traitement, indépendamment des toniques généraux et de l'hydrothérapie, d'introduire méthodiquement des sondes et des bougies dilatatrices dans la cavité de l'utérus, afin de provoquer la congestion de la muqueuse, de rétablir les règles et de ramener une nutrition plus active des parois musculaires de l'organe. Il ne donne pas d'observations prouvant l'efficacité de ce traitement.

Suit un index bibliographique complet des mémoires publiés sur la question. H. R.

Un cas de dysménorrhée membraneuse guérie par la faradisation, par A. SOLOWIEFF (*Mediz. Obosrénie, n° 2, 1884*).

La malade de Solowieff était une femme de 36 ans, mariée depuis 7 ans à un homme encore jeune et vigoureux. Jamais elle n'avait eu d'enfants. Premières époques à l'âge de 16 ans. Deux ans après, apparition de la dysménorrhée membraneuse qui persiste depuis ce temps. La malade a ses règles toutes les trois semaines. A chaque menstruation, un ou deux jours après son début, une membrane est expulsée des parties génitales. Cette membrane, examinée au microscope, a été reconnue être un lambeau de la muqueuse utérine, une vraie *decidua menstrualis*. Ainsi point de doute sur le diagnostic.

L'auteur institua immédiatement un traitement faradique. Les séances avaient lieu tous les deux jours et duraient 15 minutes. Une sonde utérine, recouverte complètement de caoutchouc, à l'exclusion de son bout extrême, laissé libre, était introduite dans le canal cervical et servait de premier électrode. Le second électrode s'appliquait extérieurement, près de la symphyse pubienne. Ce traitement dura en tout deux mois et demi. Pendant les époques, l'auteur suspendait, naturellement, la faradisation. A chaque nouvelle séance, la malade supportait des courants faradiques de plus en plus forts. Pendant la

première menstruation, après le commencement du traitement, la malade expulsa une membrane beaucoup plus mince que celles qui sortaient ordinairement. A la seconde menstruation, il n'y eut plus de membrane continue mais des petits lambeaux fort minces. Puis, toute trace de *decidua menstrualis* disparut complètement. En même temps disparaissaient différents autres symptômes dont la malade avait souffert pendant longtemps : douleurs utérines pendant les menstrues, migraines, quelquefois vomissements, etc. L'examen minutieux des organes génitaux ayant montré que l'orifice de la portion vaginale de l'utérus, présentait au toucher un anneau plus rigide, plus dur que normalement, l'auteur crut nécessaire de clore le traitement par une discision de cet anneau et envoya la malade faire un séjour à la campagne en lui conseillant de boire de l'eau minérale légèrement purgative (Marienbad). Un après, la malade accouchait d'un enfant bien portant. Six mois après les couches, réapparition des règles qui sont depuis exemptes de tout symptôme morbide.

Le cas de l'auteur est de nature à encourager l'essai d'un traitement faradique dans les cas de dysménorrhée membraneuse. Il nous montre, ensuite, le rapport qui existe entre cette maladie et la stérilité, et il prouve finalement que, contrairement à l'opinion de quelques gynécologistes (Mayrhofer), la dysménorrhée membraneuse est une maladie curable.

W. HOLSTEIN.

L'hypermanganate de potasse contre l'aménorrhée, par J. LWOFF (*Med. Wiestnik*, *n°* 43, 1883).

D'après 69 observations, Sydney Ringer et Murrel ont préconisé (*The Lancet*, 1883, 6 juin) l'emploi de l'hypermanganate de potasse contre l'aménorrhée, surtout dans les cas où les règles sont supprimées à la suite d'un refroidissement des pieds, etc. Suivant la recommandation de ces auteurs, Lwoff a essayé le remède dans 10 cas de sa pratique et a obtenu des résultats très encourageants. Il administrait le remède en pilules, d'après la formule suivante :

Hypermanganate de potasse chimiquement pur . 4 grammes.
Extrait de pulsatile en quantité suffisante pour former 50 pilules.

Prendre 2 pilules 3 à 4 fois par jour.

On doit commencer le traitement dix jours avant les époques, et le continuer pendant les règles, si elles ne sont pas suffisamment abondantes. Ce traitement est particulièrement favorable chez les jeunes filles et les femmes stériles. Sous l'influence du remède, les règles deviennent abondantes, régulières, et les douleurs dont elles s'accompagnaient disparaissent. Chez les femmes qui ont eu des enfants l'effet est beaucoup moins satisfaisant.

Wargunine (*Vratch*, 1884, n° 3) est aussi convaincu du bon effet de l'hypermanganate de potasse dans les cas d'aménorrhée avec douleurs.

W. HOLSTEIN.

Ueber Endometritis dissecans, par P. KUBASSOW (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft 2, p.* 310).

L'auteur a observé trois fois cette affection, en 1877, pour la première fois, puis en 1880 et 1881. Deux autres observations ont été publiées par Syromjatnikoff. (*R. S. M.*, XVIII, p. 555.)

Malgré le petit nombre des faits publiés, l'auteur pense que l'affection n'est pas très rare, mais qu'elle est le plus souvent confondue ave la dysménorrhée membraneuse ou l'avortement au début de la grossesse.

L'affection est caractérisée par l'exp ulsion, en dehors de la grossesse, d'un sac membraneux constitué par la muqueuse utérine elle-même. On retrouve dans cette membrane, outre les éléments de la muqueuse normale, une couche extérieure de faisceaux musculaires lisses dont les extrémités plus ou moins altérées et entourées de globules de pus donnent à la face extérieure de cette membrane un aspect filamenteux. La face interne de l'utérus (résultat d'autopsie) présente le même aspect; on y remarque les mêmes faisceaux musculaires altérés, entourés de globules de pus, et se terminant en minces filaments; on y trouve en outre des capillaires dilatés, des fissures plus ou moins étendues, des exsudats, des amas de globules de pus altérés; les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont remplis d'éléments morphologiques. L'exfoliation de la muqueuse parait avoir pour point de départ un épanchement sanguin suivi d'une réaction inflammatoire. Il ne peut y avoir d'hémorragie abondante, parce que les vaisseaux sont oblitérés par thrombose avant l'expulsion du sac hors de la cavité utérine. La muqueuse peut se régénérer dans sa totalité, et ce phénomène de régénération a pour point de départ des îlots de muqueuse restés intacts. La possibilité d'une reproduction de la muqueuse sépare l'endométrite disséquante de la métrite disséquante, où cette reproduction n'a jamais lieu.

L'exfoliation de la muqueuse utérine reconnaît pour cause différentes affections de la membrane interne de l'utérus et peut-être un développement particulier du stratum submucosum dont l'auteur est porté à admettre l'existence. Différents états constitutionnels, tels que le typhus (2 cas) la fièvre puerpérale, la syphilis doivent être considérés comme causes prédisposantes.

L'affection se traduit cliniquement par des symptômes généraux et d'ordre réflexe, tels que nausées, vomissements, diarrhée, dysurie, affaiblissement, accélération de la respiration, fièvre, etc., et par des phénomènes locaux : douleurs utérines violentes, sensibilité douloureuse des annexes de l'utérus, écoulement muco-purulent et sanguinolent, et enfin expulsion de la muqueuse utérine en masse. Ces accidents aigus sont précédés d'une période prémonitoire relativement assez longue, pendant laquelle on observe des troubles variés de la menstruation. La maladie ne récidive pas.

Le pronostic est singulièrement aggravé par les complications qui se produisent fréquemment du côté des trompes (hydro et hématosalpynx). C'est une complication de cette nature qui a entraîné la mort dans un des trois cas observés par l'auteur.

La maladie peut être confondue avec l'avortement au début de la grossesse, l'expulsion de la caduque dans la grossesse extrautérine, la métrite et la dysménorrhée membraneuse. Elle diffère de l'avortement en ce que, au lieu d'absence ou de retard dans les règles, il y a presque toujours une diminution de la période intermenstruelle dans les mois qui précèdent l'expulsion de la membrane. La membrane elle-même diffère de la caduque à l'œil nu par l'absence de toute trace d'implantation de l'œuf; elle est uniformément lisse et brillante ; au microscope elle en diffère, dès

le premier mois de la grossesse, par l'absence des cellules propres de la caduque, par la dimension et la direction normale des glandes, par l'intégrité de l'épithélium superficiel, par l'absence de vaisseaux de nouvelle formation. Au deuxième mois de la grossesse, la différence est encore plus sensible : cellules géantes, dilatation des glandes aboutissant à l'aspect caverneux du tissu de la muqueuse; destruction de l'épithélium glandulaire transformé en masses finement grenues; tous ces caractères manquent dans l'endométrite disséquante.

La caduque expulsée à la suite d'une grossesse extra-utérine se rapproche davantage de la muqueuse provenant de l'endométrite disséquante; néanmoins le microscope permet d'en faire la distinction.

L'expulsion de la muqueuse suffit à différencier l'endométrite disséquante de la métrite.

La dysménorrhée membraneuse diffère surtout par sa marche chronique et par le renouvellement périodique de l'expulsion des membranes. Dans l'endométrite disséquante, l'expulsion a lieu le plus souvent en une seule fois et ne se reproduit pas. Au point de vue histologique, l'exfoliation de la muqueuse dans la dysménorrhée membraneuse se produit au niveau de la couche moyenne de la muqueuse; il en résulte que les membranes expulsées ne présentent ni les faisceaux musculaires, ni les culs-de-sac glandulaires que l'on trouve dans l'endométrite disséquante; c'est pourquoi les membranes de la dysménorrhée ont au microscope l'aspect d'un crible. Mais, en réalité, la dysménorrhée membraneuse n'est qu'une forme atténuée de l'endométrite disséquante,

Traitement. — Au point de vue prophylactique, combattre la congestion utérine dès qu'on la reconnaît; contre la maladie déclarée, narcotiques, antiphlogistiques et révulsifs. Après l'expulsion du sac : glace sur l'abdomen, injections vaginales froides, lavements froids; injections dans la cavité utérine de solutions faiblement astringentes.

H. DE BRINON.

Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter (Traitement de l'hématocèle rétro-utérine et de l'hématome sous-péritonéal), par Paul ZWEIFEL (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

L'intervention opératoire dans le traitement des épanchements sanguins rétro-utérins est considérée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, comme extrêmement périlleuse; elle ne doit être qu'une ressource ultime. L'auteur croit, au contraire, que l'on peut arriver sûrement et sans danger à la guérison par l'intervention chirurgicale.

Suit la relation de 4 observations recueillies par l'auteur (3 guérisons, 1 décès). Dans ces cas, l'auteur a été amené à pratiquer l'incision de la tumeur par l'imminence du danger dans lequel se trouvaient les malades. L'incision était pratiquée en deux temps; le premier n'intéressant que la muqueuse, et suivi de quelques ligatures; le second portant sur la paroi même de la tumeur : l'incision doit être assez large pour permettre l'introduction dans le kyste d'un ou deux doigts. Après l'évacuation des caillots sanguins, une injection phéniquée était immédiatement pratiquée; un tube à drainage (en verre et caoutchouc) était placé dans la cavité et maintenu à demeure, pour permettre les injections phéniquées qui étaient

renouvelées toutes les 2 ou 3 heures. Le point capital du traitement réside dans cette irrigation presque continue, qui écarte tout danger d'infection septique. L'innocuité de ce traitement permet d'étendre les indications de l'ouverture par le bistouri non seulement aux cas où la vie est en danger, mais aux cas dans lesquels le médecin ne veut pas attendre la résorption spontanée, qui est toujours très longue. Si l'auteur a eu un insuccès, il est dû à ce qu'il avait attendu trop longtemps, suivant en cela la pratique généralement recommandée; la malade était tombée dans un état de faiblesse extrême ; de plus le diagnostic était resté indécis (jusqu'à l'autopsie) entre une hématocèle et une grossesse extra-utérine, et des manœuvres de pression trop violente avaient été exercées pour rechercher le fœtus.

Il existe dans la littérature 26 cas dans lesquels l'incision a été pratiquée régulièrement; sur ces 26 cas, il y a 3 morts, et deux fois la mort paraît avoir été le résultat d'une injection trop forte : l'injection doit toujours être faite à basse pression, et l'écoulement en retour du liquide surveillé. Sur 66 cas d'hématomes ou hématocèles traités par la ponction, l'auteur a noté 10 morts et 56 guérisons, soit 15 0/0 : c'est-à-dire à peu près la même proportion que pour les incisions. Sur 129 cas traités par l'expectation, il y a eu 24 morts, soit 18,4 0/0. Cette statistique, dans laquelle sont compris tous les cas publiés légers ou graves, prouve la supériorité de l'intervention sur l'expectation.

L'incision ne doit être pratiquée, en cas d'hématocèle, que lorsque les fausses membranes sont formées, c'est-à-dire au moins 2 à 3 semaines après le début des accidents. L'incision n'est indiquée que lorsque la tumeur est volumineuse, lorsque la résorption se fait lentement, ou lorsqu'il y a des symptômes menaçants. Enfin il est nécessaire que la tumeur fasse saillie dans le vagin. L'incision vaginale est bien préférable à la laparotomie, préconisée par Martin (communication à Salzbourg).

H. DE BRINON.

Ueber die punktförmige Ustion der Vaginalportion (De la cautérisation ponctuée de la portion vaginale), communication de L. PROCHOWNICK (*Arch. für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

La cautérisation ponctuée peut remplacer avantageusement l'amputation du col dans les cas d'hypertrophie chronique du col. L'orateur pratique 4 à 5 piqûres à chaque séance, et les fait suivre d'une injection désinfectante et d'une demi heure de repos au lit. 4 à 5 séances à 10 ou 15 jours d'intervalle suffisent; il n'y a jamais eu d'accident : le résultat ne se manifeste pas immédiatement; mais au bout de quelques mois, l'organe reprend sa forme normale (40 observations). H. DE BRINON.

Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités; sonde à canal en forme de fer à cheval, par BUDIN (*Progrès médical*, 2, 16, 23, 30 *août* 1884).

Budin est parti de ce principe que le lavage de la cavité utérine est souvent nécessaire, mais que, pour que ce traitement réussisse, il faut que le liquide injecté puisse revenir.

Il a imaginé à cet effet une sonde nouvelle ; on peut se figurer qu'une partie de la paroi d'une sonde ordinaire a été refoulée vers l'intérieur, vers la cavité centrale et qu'il en est résulté une dépression profonde sur toute la largeur ; une coupe perpendiculaire à la surface donne la figure d'un fer à cheval ; la surface du sillon doit être plus considérable que celle de la lumière de la sonde ; on a ainsi une sonde à double courant. Budin s'est assuré par diverses expériences que le double courant s'effectuait réellement.

Il recommande l'emploi de sondes en celluloïde qui sont résistantes, élastiques, un peu transparentes et se désinfectent aisément. Il a fait faire toute une série de sondes de divers calibres.

Des injections intra-utérines ont été pratiquées chez des femmes qui avaient subi des opérations obstétricales, dans un cas de rupture utérine, dans des cas de rétention des membranes du placenta et après des avortements de trois mois. H. L.

Ueber einen Fall von Ulcus rotundum simplex Vaginæ (Sur un cas d'ulcère rond du vagin), par ZAHN (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band XCV, Heft* 3, *p.* 388, 1884).

Clarke a décrit un ulcère rond de l'utérus que l'on croit être un épithélioma à marche rapide. Dans certains cas, Rokitansky n'a pu retrouver aucune apparence d'épithélioma et pense à une lésion analogue au lupus. Klebs suppose qu'une sécrétion irritante peut les produire. Zahn a observé un cas d'ulcère du vagin. Il s'agissait d'une femme de 76 ans qui mourut avec une aphasie et hémiplégie droite avec contracture. Le vagin contenait dans la partie gauche et supérieure de sa paroi postérieure une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes. L'artère utérine et l'artère vaginale étaient sclérosées et rétrécies. L'ulcération se serait donc produite suivant le mécanisme signalé par Virchow pour l'ulcère de l'estomac. P. GALLOIS.

I. — Zur Entwickelung der Myome des Uterus (Du développement des myomes utérins), par Ludwig KLEINWÄCHTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 1, *p.* 68).

II. — Ueber die Enucleation der Myome (De l'énucléation des fibromes), par R. LOMEN (*Ibid., Band. IX, Heft* 2).

III. — Ueber Castration bei Fibroïden (De la castration considérée comme moyen de traitement des fibromes), par WIEDOW (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1, 1883).

IV. — Beitrag zur Lehre der Castration der Frauen, un Ausschlusse an 12 Fälle (Contribution à l'étude de la castration chez la femme), par Wilhelm TAUFFER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 2, *p.* 38).

V. Der nekrotische Zerfall der Uterus myome während der Gravidität (Gangrène d'un fibrome utérin survenant pendant la grossesse), par G. KRUKENBERG (de Bonn) (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft* 1).

I. — Sur des myomes très petits (graines de pavot), l'auteur a constaté le fait suivant, qui lui paraît intéressant au point de vue du déve-

loppement de ces tumeurs. Les vaisseaux capillaires sont entourés des deux côtés par une série parallèle de cellules rondes, qui forment dans quelques cas une enveloppe complète au vaisseau. Dans les angles formés par les divisions vasculaires, ces cellules forment des amas plus ou moins considérables. Elles sont un peu plus petites que la coupe transversale des fibres musculaires voisines; dans plusieurs préparations, elles paraissent se transformer progressivement en cellules fusiformes et finissent par revêtir une forme exactement pareille à celle des fibres musculaires organiques. Il semble que le vaisseau capillaire finit par disparaître sous l'influence de la prolifération de ces cellules et de leur transformation en fibres musculaires. Dans quelques préparations, l'auteur a vu l'endothélium vasculaire disparaître insensiblement, les éléments fusiformes prendre la place des cellules endothéliales; puis ces éléments prenaient de plus en plus le caractère de cellules musculaires; et enfin le vaisseau se trouvait transformé en un faisceau musculaire, qui paraissait en être la prolongation. Ces cellules rondes sont-elles des globules blancs? L'auteur ne croit pas pouvoir l'affirmer. Si les myomes avaient, comme semblent l'établir ces faits, pour point de départ la transformation des vaisseaux capillaires en tissu musculaire, il serait facile de comprendre pourquoi ces tumeurs, quelques petites qu'elles soient, ont constamment un pédicule; et pourquoi les faisceaux musculaires qui entrent dans leur composition présentent souvent la disposition en grappes de raisin.

L'auteur n'a jamais constaté de néo-formation vasculaire dans les myomes; mais il en a rencontré un exemple dans un fibromyome. Le vaisseau capillaire en formation et le vaisseau où il prenait naissance étaient entourés de nombreuses cellules rondes, comme dans les myomes. Aucune de ces cellules ne présentait une apparence de transition vers la forme fusiforme.

II. — L'auteur compare entre elles les deux méthodes en usage pour enlever les fibromes utérins; l'énucléation ou ablation des tumeurs par le vagin et la myomotomie ou ablation des tumeurs par laparotomie. La myomotomie est appelée à prendre de plus en plus d'extension, l'énucléation restant limitée suivant lui à certains cas particuliers; ces cas sont les fibromes du col et les fibromes sous-muqueux et interstitiels qui sont déjà en partie expulsés dans le vagin. L'énucléation est très dangereuse lorsque le col est conservé, et elle doit alors être remplacée par la myomotomie. A l'appui de ces conclusions, l'auteur relate les observations de 11 cas de fibromes utérins récemment opérés par Schrœder, et insiste sur certains détails du manuel opératoire et sur le traitement consécutif. Le relevé (fait par l'auteur) des opérations d'énucléation pratiquées depuis 10 ans, c'est-à-dire depuis l'introduction de la méthode antiseptique, donne une mortalité de 16 0/0 sur 112 cas. L'auteur termine par une observation de fibrome du col compliqué de grossesse.

La malade âgée de 39 ans avait eu 6 accouchements normaux; elle portait sur la lèvre antérieure du col un fibrome du volume d'une tête d'enfant. Lorsqu'elle se présenta à Schrœder, la grossesse était au 3e mois. Schrœder la renvoie en lui prescrivant de revenir à la fin de sa grossesse. L'énucléation fut pratiquée vers le milieu du 10e mois, et réussit parfaitement; la tumeur mesurait 16 centimètres sur 12 centimètres. Deux jours après, accouchement

spontané d'un enfant vivant : hémorragie atonique pendant la période d'expulsion, se prolongeant après ; suites de couches normales.

Ce cas est unique dans la littérature ; il montre que l'on peut attendre la fin de la grossesse pour enlever la tumeur. Il existe huit observations d'énucléations pratiquées pendant l'accouchement, et parce que la tumeur faisait obstacle à l'accouchement ; l'auteur n'a trouvé aucune observation d'opération pratiquée pendant la grossesse. (Voir *R. S. M.* XXII, p. 258, l'opération d'un cancer de la mamelle chez une femme enceinte par Polaillon.)

III. — En dehors de la clinique d'Hegar, il a été publié 66 cas de castration, pratiqués en vue d'obtenir la guérison de fibromes utérins. Il y a eu 12 morts, soit 19 0/0. 23 fois seulement, les auteurs ont noté le résultat au point de vue des hémorragies et de l'accroissement de la tumeur. Sur ces 23 cas, 16 fois les hémorragies ont cessé immédiatement ou peu après l'opération ; 2 fois la diminution de volume de la tumeur a été notée malgré la persistance des hémorragies ; dans un cas, il y eut cessation des hémorragies, mais en même temps augmentation de la tumeur ; dans 3 cas, la cessation des hémorragies et l'arrêt de développement de la tumeur ne fut que passager.

A la clinique d'Hegar, l'opération a été pratiquée 21 fois : il y a eu 3 morts, soit 14 0/0. Dans un cas, la malade est morte 10 mois après l'opération, après une amélioration qui avait duré 6 mois. Dans les 17 autres cas, il y eut immédiatement après l'opération cessation des hémorragies et réduction de la tumeur.

Freund, Schatz, Kaltenbach, ont obtenu également de bons résultats dans la plupart des cas.

Pour Hegar, la castration est préférable à l'ablation lorsque les tumeurs sont petites (tumeurs ne dépassant pas l'ombilic, Wiedow) ; et lorsque l'absence de pédicule rend l'ablation dangereuse.

IV. — L'auteur a pratiqué 14 fois la castration chez la femme : 2 de ses opérations sont trop récentes, pour qu'on puisse en apprécier les résultats. Les 12 autres cas présentaient comme indications :

1° La présence d'un kyste parovarien : 1 cas. Ablation de l'ovaire et d'une grande partie de la trompe. L'ovaire gauche est laissé dans l'abdomen. Guérison complète.

2° La dégénérescence kystique de l'un ou des deux ovaires : 3 cas. Deux guérisons complètes ; l'une des deux très récente ; dans le 3e cas, la guérison avait paru complète pendant quelques mois ; mais les douleurs ont reparu du côté gauche où l'ovaire, en apparence sain, avait été laissé dans l'abdomen.

3° État de l'utérus, rendant impossible ou très difficile la menstruation, avec intégrité des fonctions ovariennes : 1 cas. Guérison complète.

4° Lésions utérines : 2 cas de fibromes. Guérison complète dans les deux cas : disparition des hémorragies, diminution de volume des tumeurs.

5° Déplacement de l'utérus et des ovaires : 2 cas. Guérison complète dans 1 cas ; incomplète dans l'autre ; l'insuccès de ce dernier cas est attribué par l'auteur à ce que la trompe malade n'avait pas été enlevée.

6° Inflammation péri-utérine et péri-ovarienne : salpyngite : 1 cas. Résultat négatif, par suite de la conservation de la trompe malade.

7° Altérations psychiques, ayant leur point de départ dans la sphère génitale : 2 cas. Résultats négatifs.

L'opération a porté sur les deux ovaires, 10 fois; sur un seul, 2 fois. Il n'y a pas eu de mort. Dans un cas, l'opération a été suivie de la formation d'un exsudat du côté gauche. Deux fois l'inflammation qui existait dans les trompes avant l'opération, s'est prolongée après.

L'opération a été suivie de la ménopause 4 fois. Dans un cas la menstruation a reparu, et, après 4 mois de durée, a cessé définitivement. Dans deux cas, il y a eu après l'opération des hémorragies irrégulières peu abondantes. Dans 3 cas, la menstruation a repris son cours régulier; les deux ovaires avaient été enlevés.

L'auteur résume ainsi ses conclusions :

La castration ne présente pas de grands dangers : la mortalité d'après les statistiques publiées jusqu'à ce jour serait un peu inférieure à 10 0/0.

L'opération doit être entourée des précautions antiseptiques. L'auteur conserve le spray, et ferme la cavité abdominale; il réserve le drainage à quelques cas exceptionnels.

Il n'accepte pas la contre-indication tirée de la proximité de la ménopause; parce que les variations individuelles sont trop grandes. Il ne lui parait pas nécessaire de reconnaitre par la palpation les ovaires avant d'entreprendre l'opération. La castration doit toujours être bilatérale, lors même que l'un des ovaires est sain. Elle doit être dans tous les cas accompagnée de l'ablation des trompes.

L'hystéro-épilepsie est susceptible de guérison par la castration.

L'établissement de la ménopause après l'opération est retardé, lorsqu'il existe un état inflammatoire des organes voisins.

La question de l'influence des maladies de l'appareil sexuel sur le développement de certaines affections psychiques et de la curabilité de ces affections psychiques par la castration reste entière.

V. — Femme de 43 ans, jusque-là stérile. Dernière menstruation 3 mois 1/2 avant son entrée à la clinique. Quelques semaines auparavant elle a été prise subitement, à la suite d'une défécation, des signes de pelvipéritonite aiguë, localisée du côté droit. A son entrée on trouve à droite, à côté d'une tumeur considérée comme l'utérus gravide, une seconde tumeur dure qui n'est distincte de l'utérus que dans sa partie supérieure. Diagnostic réservé. 14 jours après, l'utérus a pris du développement, la tumeur ne s'est pas modifiée; on entend le pouls fœtal. La malade est en proie à un mouvement fébrile, avec exaspérations irrégulières, délire fugitif : on croit devoir rattacher ces phénomènes à la présence d'un foyer purulent dans la tumeur droite. Convaincu que les phénomènes péritoniques antérieurs ont dû déterminer les adhérences entre la tumeur et le péritoine pariétal de la paroi abdominale, on tente la création d'une voie d'écoulement au pus par cette paroi : l'incision faite, on constate qu'il n'y a pas d'adherence, que les deux tumeurs ne peuvent être isolées l'une de l'autre et l'on referme la plaie. Dans la nuit la malade accouche d'un enfant mort pesant 510 grammes; la mort du fœtus est récente. Le placenta, les membranes et le liquide amniotique ne présentent rien d'anormal : pas d'hémorragie consécutive, pas d'écoulement de pus. Mort 7 jours après. A l'autopsie, péritonite purulente : fibrome interstitiel, épais de 6 centimètres, siégeant dans la paroi droite de l'utérus; l'enveloppe péritonéale de l'utérus manque sur une large étendue en arrière à droite; à ce niveau la capsule de la tumeur est complètement détruite et forme une perte de substance communiquant avec la cavité abdominale. Le

tissu propre de la tumeur mis à nu est recouvert d'une bouillie grisâtre muco-purulente. Plus bas la capsule existe encore, mais elle n'est pas appliquée immédiatement sur la tumeur : l'intervalle qui sépare la tumeur de sa capsule communique avec la cavité utérine par une ouverture située au-dessus de l'orifice interne.

Le point de départ des accidents est pour l'auteur une hémorragie qui a dû se produire à la suite d'efforts de défécation entre le fibrome et la capsule; cette hémorragie a déterminé le ramollissement putride de la capsule et de la partie superficielle de la tumeur. Le foyer s'est ouvert dans l'espace paramétrique droit sans déchirer le péritoine, et la séreuse n'a été rompue que sous les efforts mécaniques de l'accouchement. L'ouverture dans la cavité utérine est considérée par l'auteur non comme la suite mais comme l'origine du travail d'accouchement. L'auteur ne connaît dans la littérature qu'un seul cas de même nature; l'observation est due à Cappie. Un autre fait, de Hecker, lui paraît mériter la même interprétation. H. DE BRINON.

I. — **Ueber Fibromyoma malignum, par JUERGENS** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 34, p. 492, 22 août* 1881).

II et III. — **Myomes s'énucléant à la suite d'accouchements, par BECKER et par BENICKE** (*Idem, n° 11, p. 174, 13 mars* 1882).

IV. — **Myome énuclée après l'accouchement, par P. RUGE** (*Idem, n° 36, p. 557, 4 septembre* 1882).

V. — **Laparotomie pour myome, par A. MARTIN** (*Idem, n° 6, p. 86, 7 février* 1881).

VI. — **Fall von Verbreitung und desshalb operativer Entfernun geines multiplen Uterusmyoms, par P. RUGE** (*Idem, n° 6, p. 86, 7 février* 1881).

VII. — **Laparohystérotomie wegen Fibromyoma. Ileus, Heilung, par Carl LANGENBRECH** (*Idem, n° 9, p. 121, 28 février* 1881).

VIII. — **Extirpation du corps de l'utérus pour myome interstitiel. Mort, par GUSSERON** (*Idem, n° 37, p. 541, 12 septembre* 1881).

IX. — **Die Operation des Fibromyoma Utéri, par A. KOTTMANN** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 1, p. 8, et n° 2, p. 42, 1 et 15 janvier* 1882).

X. — **Totalexstirpation des Uterus wegen grossem Fibroid und Extraction eines Blasensteines, par F. von MANDACH** (*Idem, n° 10, p. 289, 15 mai* 1882).

XI. — **Zwei Myomotomien mit Versenkung des Stieles, par G. LEOPOLD** (*Idem, n° 19, p. 652, 1er octobre* 1882).

XII. — **Exstirpation eines Vielknolligen Myoma Uteri mit den Ovarien durch die Laparotomie, par LEOPOLD** (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 622, 9 octobre* 1882).

XIII. — **Traitement des myomes utérins. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin** (*Idem, n° 44, p. 672, 30 octobre* 1882).

XIV. — **Opération de myome, par SCHRŒDER** (*Idem, n° 15, p. 230, 9 avril* 1882).

XV. — **Ueber Enucleation grosserer Myome, par LOMEN** (*Idem, n° 43, p. 668, 22 octobre* 1883).

XVI. — Erste erfolgreiche Laparohysterotomie in Cairo, par H. WILDT (*Idem, p.* 660).

XVII. — Fibrome utérin. Hystéro-ovariotomie par la laparotomie. Guérison, par ROSE (*Idem, n°* 53, *p.* 826, 31 *décembre* 1883).

XVIII. — Ein Fall von multiplen Myomed der Portiovaginalis, par von RABENAU (*Idem n°* 11, *p.* 170, 13 *mars* 1882).

XIX. — Faustgrosser fibweser Tumor mit kleinem Stiel von derhinteren Mutterlippe ausgehend, par GRÆFE (*Idem, p.* 174).

XX. — Demonstration eines galvanocaustich entfernlen Fibromyons des Uterus, par CONRAD (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 5, *p.* 110, 1er *mars* 1883).

XXI. — Myomes utérins. Raclage et injections de perchlorure. Mort par péritonite, par SCHRŒDER (*Berlin. klin. Woch., n°* 32, *p.* 492, 6 *août* 1883).

I. — Juergens a observé dans les deux dernières années 3 cas de fibromyomes malins généralisés.

Dans le premier cas, il se trouvait dans le ligament large gauche une tumeur grosse comme une tête d'enfant adhérente au côté correspondant au bassin, et s'accompagnant d'une hypertrophie des ganglions du mésentère et du hile rénal. Ces ganglions, examinés au microscope, représentaient des fibromyomes en miniature. En même temps l'utérus contenait plusieurs fibromes interstitiels. La tumeur du ligament large offrait centralement une cavité en dégénérescence graisseuse, ayant les dimensions d'un œuf de poule.

La seconde malade, une femme, avait depuis 10 ans des tumeurs du bassin qui tout à coup se mirent à grossir rapidement et entraînèrent la mort par péritonite et pyélo-néphrite.

A l'autopsie, entre la masse remplissant le bassin, il existait d'innombrables nodosités sur le péritoine, les intestins, les reins et les poumons. Partout il s'agissait de fibromyomes purs.

Dans le troisième cas, le point de départ du fibromyome était soit dans le ligament large, soit dans l'ovaire, et il existait des métastases dans l'épiploon, le foie et le péritoine.

II. — Chez la malade de Becker, de violentes hémorragies immédiatement après la délivrance, l'engagèrent à explorer la cavité utérine, où il reconnut la présence d'une tumeur qu'en quelques minutes il réussit à énucléer avec les doigts, peu d'heures après l'accouchement.

III. — Benicke remarqua dans la deuxième semaine des couches une tumeur qui faisait saillie. L'examen lui révéla l'existence de deux myomes sous-muqueux, l'un gauche et antérieur, l'autre droit et postérieur. Après l'énucléation, guérison rapide.

Loehlein rappelle qu'il a présenté un fait analogue. A la suite de l'énucléation, la femme, qui avortait habituellement, put amener un enfant à terme.

IV. — Chez la malade de Ruge, le développement de la tumeur était observé depuis 3 ans. Un traitement à l'ergotine fit disparaître les accidents, et après 11 ans de stérilité survint une grossesse. L'accouchement d'un enfant à terme, en présentation du siège, s'accomplit sans incident. Mais une hémorragie profuse nécessita la délivrance immédiate. Deux heures plus tard, nouvelle perte très abondante. P. Ruge fendit alors la capsule d'enveloppe du myome qui était interstitiel, et l'énucléa. L'hémorragie s'arrêta aussitôt et les couches évoluèrent normalement. La tumeur présentait des phénomènes de fonte commençante.

V. — Femme de 36 ans, très anémiée. La tumeur, grosse comme une tête d'enfant, avait été traitée sans succès par l'ergotine. La dilatation du col ayant montré à Martin que l'ablation en était impraticable par le vagin, il fit la laparotomie, incisa le fond de l'utérus et effectua la constriction du col avec un tube élastique. Le lieu d'implantation de la tumeur fut suturé avec le point de matelassier. Guérison.

VI. — Femme de 64 ans, ayant depuis 10 ans une tumeur abdominale restant stationnaire. 4 mois après une fièvre typhoïde bénigne, mais à convalescence traînante, cette femme fut reprise de fièvre. En même temps, son ventre se développait et la tumeur augmentait rapidement de volume. Comme la fluctuation était manifeste même par le vagin, P. Ruge diagnostiqua un kyste suppuré de l'ovaire. Une ponction donna issue à 5 litres de pus sans réaction fébrile.

8 jours après, il pratiqua la laparotomie au moyen d'une incision étendue de l'appendice xyphoïde à la symphyse, épanchement de 3 litres de liquide purulent. Développement énorme des vaisseaux des ligaments larges. Des fibromyomes s'implantaient largement sur la paroi droite de l'utérus. Suture au niveau de leur implantation. Pendant les 3 premiers jours, l'opérée alla bien, puis elle fut prise de collapsus mortel, sans phénomènes de péritonite. Pas d'autopsie.

Martin pense qu'il y a eu une hémorragie secondaire.

VII. — Femme de 44 ans. L'extraction de la tumeur par laparotomie fut aisée, car il n'y avait pas d'adhérence. La tumeur était formée par une agglomération de fibromyomes sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux, pesant dans leur ensemble 2,000 grammes. Ligature à la soie et section du col sextuplé de volume, des trompes et des ligaments larges. Amputation de l'utérus immédiatement au-dessus des lèvres du museau de tanche : les parois de l'organe ont une épaisseur quintuple de la normale. Suture du col et du péritoine sus-vaginal, et enfin de l'incision abdominale.

Pendant les premiers jours, apyrexie, puis douleurs de ventre, météorisme, constipation absolue, vomissements qui deviennent fécaloïdes et collapsus Après 7 jours d'accidents, retour des selles et marche rapide vers la guérison.

Langenbuch pense que les accidents d'ileus tenaient à une rotation du colon iliaque sur son axe, facilitée par l'agrandissement considérable de capacité de la cavité abdominale, après l'extirpation de la tumeur.

VIII. — Dans le cas de Gusserow, l'opération était d'indication vitale, vu les hémorragies. Elle fut très laborieuse, tant à cause du volume du myome qui était interstitiel, que de sa grande extension dans le ligament large. Le col se prêtait mal à la formation du pédicule. Gusserow fit l'amputation à la hauteur de l'orifice interne et sutura le moignon cervical. Mort le 3e jour par péritonite généralisée.

IX. — Kottmann rapporte 4 opérations pour fibromyomes utérins, dans 1 colpotomie et 3 laparotomies avec traitement du pédicule au dehors du péritoine.

1er *cas*. Femme de 49 ans. 8 enfants et 1 avortement. Depuis 2 ans, ménorragies, puis métrorragies et écoulement abondant par le vagin d'un liquide chocolat. L'utérus très volumineux arrive jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic : à son côté gauche, il présente un fibrome interstitiel qui proémine peu dans la cavité utérine.

Hystérotomie vaginale le 9 mai 1881. Le col étant amené à la vulve, la muqueuse vaginale est incisée sur tous son pourtour. A l'ouverture du péritoine s'écoule beaucoup de sérosité citrine. Ne réussissant pas à abaisser l'utérus avec les doigts, Kottmann enfonce des érignes les unes au-dessus des autres dans la paroi postérieure de l'organe. Ablation des ovaires. Pas de suture

de la plaie péritonéo-vaginale. Drainage et injections salicyliquées. Perte de sang nulle. L'utérus extirpé a une longueur de 17 centimètres, dont 4 pour le col, sa circonférence maximum est de 30; au niveau du fond se trouve un fibroïde de la grosseur d'une pomme qui proémine un peu du côté gauche.

Pas d'accidents dans les 9 premiers jours après l'opération. Du dixième au douzième, fièvre intense (40° 4) causée par une obstruction du drain. Le 17e, apparition de matières fécales dans le drain, malgré les selles quotidiennes. On enlève le drain, mais le mélange de matières intestinales avec les sécrétions péritonéo-vaginales persiste jusqu'au 25e jour. Kottmann pense que le séjour prolongé du drain avait amené la gangrène d'une anse intestinale. Guérison.

2e *cas*. Femme de 51 ans, nullipare.

Le 6 avril 1880 hystéro-laparotomie. Les tumeurs commencent au col, il restait peu de place pour former le pédicule, et Kottmann dut exercer la constriction sur une masse très épaisse de tissus en appliquant une anse métallique avec le serre-nœud Cintrat qui fut laissé en place. Suture exacte de la scléreuse tout autour du pédicule. La tumeur utérine pesait 8 livres. La température ne monta qu'une fois à 38°4, le 4e jour au soir. Le pédicule fut mortifié par gangrène sèche. L'anse métallique, resserrée chaque jour, tomba le 7e. Guérison des douleurs, déterminées par la tumeur. Au cours de l'opération, les deux ovaires kystiques avaient été enlevés.

3e *cas*. 48 ans, 6 enfants. Depuis 2 ans, le ventre augmente de volume, les règles sont de plus en plus profuses et il existe un écoulement fétide; métrorragies dans les derniers temps. Tumeur abdominale de la grosseur d'une tête d'homme, lisse, sphéroïde, très mobile, atteignant le nombril.

Laparotomie le 7 mai. La tumeur n'adhérant nulle part, l'extraction en est facile. Application du serre-nœud de Cintrat qu'on laisse en place. Le reste de l'opération comme dans le cas précédent. La tumeur qui était un fibroïde de la paroi gauche de l'utérus, pesait 6 livres. Les 4 premiers jours, tout alla bien, mais le 5e, début de péritonite à laquelle la femme succomba dès le 15 mai. Dans ce cas, la péritonite était partie du pédicule envahie par une gangrène humide accompagnée de suppuration.

4e *cas*. 45 ans. Tumeur globuleuse lisse ayant les dimensions d'une tête d'homme et s'étendant jusqu'à un travers de main au-dessus du nombril; très mobile au niveau de sa portion abdominale, elle est enclavée dans le bassin.

Laparotomie le 11 janvier 1881. Ovaire droit en dégénérescence kystique, gros comme le poing et relié au colon ascendant par une bride très vasculaire. Bien que la tumeur utérine ne fût nulle part adhérente, pour l'extraire il fallut sectionner les ligaments utéro-vésicaux rétractés et épaissis. Traitement du moignon toujours le même. La tumeur, qui pesait 6 livres, était un fibromyome sous-séreux de la paroi droite avec kyste séreux de la grosseur d'une pomme sur la face antérieure.

Dès le 3e jour, le pédicule commença à suppurer; le 8e jour, on enleva le clamp; le 9e, frissons, élévation de température, vomissements, douleurs au côté gauche du bas-ventre, pelvi-péritonite et phlegmon du ligament large. Le 18e jour, ponction de l'abcès par le vagin, et de même le 25e jour. Dès lors guérison rapide, à part une petite fistule au niveau du pédicule, refermée seulement après l'élimination de 2 fils de soie.

5e *cas*. 48 ans. Tumeur remontant presque jusqu'à l'épigastre et descendant dans le petit bassin; elle est dure, peu mobile et de surface très inégale.

Laparotomie le 25 mars 1881. Le dégagement de la tumeur fut très laborieux, parce qu'elle offrait de toutes parts de larges adhérences riches en veines. Moignon énorme, touché avec le chlorure de zinc. Drain dans l'excavation vésico-utérine. Suture du péritoine pariétal, tandis que les muscles et la

peau ne sont recourus qu'en haut, de façon à laisser autour du pédicule un espace infundibuliforme. Le myome pesait 9 livres.

Dès après l'opération, phénomènes d'étranglement interne qui contraignent Kottmann à rouvrir l'abdomen le 29. Il trouve une anse d'intestin grêle fléchie, à angle aigu, de tente suspecte en un point où elle adhère au pédicule. Au-dessus de la flexion, intestins météorisés ; au-dessous, ils sont affaissés. Le lendemain matin, mort dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva le pédicule complètement momifié et prêt à tomber ; aucune trace de péritonite ; sillon de gangrène sans perforation sur l'anse fléchie ; nombreuses ecchymoses de la séreuse des anses intestinales placées au-dessus.

X. — Femme de 43 ans.

L'abdomen est développé comme au sixième mois d'une grossesse. Cathétérisme vésical très douloureux, urine normale. Von Mandach diagnostique un gros fibrome sous-péritonéal à la face antérieure de l'utérus rétrofléchi et des fibromes petits et multiples à la face postérieure de l'organe.

Laparotomie le 10 janvier 1881. Veines volumineuses dans les ligaments larges qui nécessitent de nombreuses ligatures. L'isolement de la tumeur et de la paroi vésicale postérieure fut très pénible. Pédicules des ligaments larges amenés dans le vagin ; au-dessus d'eux, suture péritonéale avec la soie désinfectée. Le 13, un peu d'ictère. Le 15, disparition du collapsus qui existait depuis l'opération. Le 17, on incise un point rouge, fluctuant à la partie inférieure de la plaie abdominale : issue d'une bouillie sanieuse, couleur chocolat.

Écoulement vaginal de pus fétide. A la fin du mois, les veines contiennent beaucoup de pus mêlé de sang et de mucus. Le 6 février, la sonde vésicale amène une ligature péritonéale au dehors. A partir du 10, apyrexie. Le 16, la plaie abdominale est fermée, mais la malade souffre toujours en urinant.

En examinant l'utérus extirpé, on s'aperçoit qu'il n'est pas rétrofléchi, comme on l'avait cru : sa face postérieure supporte à côté de 2 fibromes, gros comme des noisettes, une troisième tumeur de même nature, qui a la forme et les dimensions d'un utérus normal, c'est elle qui simulait la rétroflexion.

Six mois après l'opération, la malade souffre beaucoup plus qu'avant. La miction et les moindres mouvements sont très pénibles. Les douleurs hypogastriques ne s'apaisent qu'à la suite d'écoulements de pus ou de sang par la vessie ou le vagin.

L'examen vaginal fait apercevoir une ligature enchâssée dans les moignons soudés des ligaments larges ; il est impossible de l'extraire. Le cathéter vésical heurte contre un corps sonore.

Il paraît évident à Von Mandach qu'un fil de ligature avait pénétré dans la vessie et servi de noyau à un calcul pyriforme. Le 28 juillet, après dilatation de l'urètre avec les spéculums Simon, le doigt découvrit un calcul pyriforme, mobile au bout d'un fil implanté dans la paroi vésicale postérieure. Von Mandach coupa ce fil à ras de la paroi et retira un calcul d'urate ayant la configuration d'une moitié de poire, sectionnée suivant sa longueur. Ce calcul, long de 3 centimètres sur 1 1/2 d'épaisseur, pesait 5 grammes ; à son sommet faisaient saillie l'anse et le nœud d'un fil de soie.

XI. — Leopold a extirpé deux myomes utérins volumineux par la méthode suivante : excision cunéiforme, ligature élastique, suture exacte, puis réduction du pédicule. Les deux femmes ont guéri. Il recommande ce procédé comme le plus simple, surtout pour le traitement consécutif à l'opération.

XII. — Leopold a enlevé par laparotomie un myome lobulé de l'utérus et les deux ovaires. L'opération se trouvait indiquée par les hémorragies profuses et les douleurs. Application d'une ligature élastique autour du col, section de la tumeur au-dessus de la ligature ; enlèvement de celle-ci, puis suture et réduction du pédicule. Guérison sans fièvre.

XIII. — La communication de Schroeder (*R. S. M. XXII*, 238) a fourni l'occasion d'une discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin.

Martin est partisan du traitement intrapéritonéal du moignon dans les myotomies; une seule fois il a traité le pédicule à l'extérieur du péritoine. Depuis 1877, il emploie le tube élastique. Il attire la tumeur hors de la cavité abdominale, trace une incision autour de sa base et excise un tronçon cunéiforme. Il referme la plaie uniquement par des sutures très profondes. Avant d'enlever le tube de caoutchouc, il place deux ligatures en masse. La ligature isolée des ligaments larges ne lui semble pas indispensable ; l'essentiel à son gré est de suturer séparément le pédicule et le péritoine.

Dans les deux dernières années, il a fait 9 myotomies pour tumeurs volumineuses et perdu une seule opérée. Il distingue la myotomie ainsi pratiquée de l'amputation sus-vaginale qu'il a faite 5 fois en perdant deux de ses opérées; cette dernière opération est donc plus dangereuse. Quand l'amputation du col présente de trop grandes difficultés, il fait la castration.

Contrairement à Schroeder, il estime que les myomes utérins peuvent mettre la vie en danger, soit directement, soit indirectement. Aussi, loin de se rallier à l'expectation préconisée naguère encore par Matthew Duncan, il se croit autorisé à enlever ces tumeurs lors même qu'elles ne menacent pas encore directement la vie, et cela d'autant plus que les autres méthodes de traitement ne lui ont donné aucun résultat, comme l'ergotine, ou des résultats très passagers, comme le perchlorure de fer.

Schroeder convient que le rapide accroissement des myomes, les hémorragies incoercibles, les douleurs intolérables qu'ils provoquent, peuvent forcer la main à l'opérateur. Il traite surtout les hémorragies par un raclage énergique suivi d'injections de teinture d'iode répétées.

Gusserow est d'avis que bon nombre de myomes amènent consécutivement à des hémorragies réitérées, la mort des malades par dégénération graisseuse du cœur. Il a obtenu peu de succès du traitement par l'ergotine, et des résultats un peu meilleurs avec les injections intra-utérines de perchlorure de fer et de teinture d'iode; mais ces méthodes ne sont pas non plus absolument inoffensives.

Schroeder, *P. Ruge*, *Ebell* et *Veit* s'expriment plus favorablement sur le compte de l'ergotine. Ce dernier a vu une fois le myome disparaître complètement, tandis que les autres ont vu la tumeur et les hémorragies diminuer sous l'influence de l'ergotine.

XIV. — Dans le cas de Schroeder, la tumeur énorme était implantée sur la paroi utérine postérieure et descendait jusque dans la lèvre postérieure du col. La cavité cervicale était refoulée en avant. L'application de la ligature élastique fut très difficile. Le lit de la tumeur fut découvert par une incision circulaire; il suffit ensuite d'une incision longitudinale pour l'énucléer complètement. Après ligature des artères ovariques et utérines, Schroeder fit encore l'amputation sus-vaginale. Guérison parfaite.

XV. — Lomen a réuni 52 énucléations de myomes volumineux opérées depuis 1874; 6 des femmes ont succombé. Selon lui, Hegar a posé un certain nombre d'exigences et d'indications passibles d'objections.

1° Hegar demande d'abord qu'on soit sûr de pouvoir mener à fin l'opé-

ration. A cela on peut répondre, d'une part, qu'il est impossible de tout prévoir d'avance; d'autre part, que l'ablation même partielle des tumeurs est souvent avantageuse ;

2° Il demande ensuite que les tumeurs ne soient pas trop volumineuses. Or, l'opération a réussi pour plusieurs tumeurs qui remontaient jusqu'au-dessus de l'ombilic.

3° Il déconseille enfin d'énucléer quand le col est conservé. A cela, Lomen répond qu'on a les moyens d'amener l'effacement du col.

Dans la discussion de la Société de gynécologie de Berlin, Martin déclare que deux accidents dans ces derniers temps l'ont rendu plus réservé dans l'énucléation des myomes. A son avis, on ne doit tenter cette opération qu'autant que la tumeur est facilement accessible par le vagin, qu'il s'en présente une importante portion et qu'il existe déjà des efforts d'expulsion. En cas contraire, l'opération est plus facile par laparotomie.

P. Ruge n'est pas partisan de l'énucléation des myomes pendant l'état puerpéral, parce que les lochies ajoutent au danger d'infection.

Schroeder déclare que dès que les myomes ont les dimensions d'une tête d'enfant, il n'en tente pas l'énucléation par le vagin, si le col n'est pas déjà effacé. Les cas les moins favorables ne sont pas ceux où la tumeur doit être énucléée du tissu conjonctif pelvien, mais ceux où une tumeur énorme implantée sur l'utérus s'étend jusque dans le vagin.

Loehlein, contrairement à Ruge, est partisan de l'énucléation des myomes bien isolés, immédiatement après l'accouchement. Tous les faits semblables présentés à la Société par Benicke, Becker, P. Ruge, et par lui-même (Voy. nos II à IV du présent article d'ensemble) ont guéri, à l'exception d'un.

L'infection n'est pas plus à redouter que pour une délivrance artificielle. Naturellement, on ne recherche pas l'occasion d'opérer. Mais une hémorragie secondaire ou une rétention du délivre peut motiver une exploration. S'il existe un myome, on constate alors que les contractions utérines en ont préparé l'énucléation qui est facile à compléter.

XVI. — C'est la 3e gastrotomie pour maladies de femme, faite en Egypte, mais la première qui ait réussi.

XVII. — Bien que remontant jusqu'à l'ombilic, la tumeur se trouvait presque en totalité située au-dessous du niveau du péritoine dans le petit bassin. Vu l'impossibilité de la pédiculiser, Rose détacha par fragments le péritoine, en avant et en arrière de l'utérus, afin de former 2 lambeaux. Le 10e jour, ablation du premier et unique pansement de Lister en même temps que des sutures. Guérison rapide.

XVIII. — Demoiselle de 35 ans; nullipare. Deux tantes n'ont jamais été menstruées et n'ont pas d'utérus ; une sœur également n'a jamais été réglée. La mère a été opérée plusieurs fois pour des polypes utérins. Le père et les frères sont morts de cancer. Elle-même n'est réglée que depuis l'âge de 25 ans, et toujours irrégulièrement, avec beaucoup de flueurs blanches. Depuis 2 ans, violentes hémorragies.

Le museau de tanche est volumineux, la lèvre antérieure forme un champignon de la grosseur d'une orange, surface irrégulière, érodée et saignant facilement. Plus haut, à droite dans la cavité cervicale, se trouve une protubérance isolée ayant les dimensions d'un haricot.

L'excision d'un fragment de la lèvre antérieure permit à Von Rabenau de constater qu'il s'agissait d'un fibromyome et non d'un cancer.

Amputation des deux lèvres du col. La lèvre antérieure contenait dans son épaisseur un myome bien délimité de la grosseur d'une noix, et la lèvre postérieure, une tumeur analogue ayant les dimensions d'une noisette.

Il est remarquable dans ce cas que les hémorragies profuses aient apparu avant que les tumeurs soient appréciables.

XIX. — Græfe présente une tumeur fibreuse de la grosseur du poing, implantée au moyen d'un petit pédicule sur la lèvre postérieure du col. Durant l'extirpation, le péritoine, ouvert accidentellement, fut immédiatement suturé. Guérison sans fièvre.

XX. — Conrad présente un polype fibreux inséré très haut sur l'utérus et difficilement accessible. En trois séances, il l'a enlevé par le galvanocautère. Mais au lieu de l'anse en platine, il s'est servi d'un fil de fer de 1 millimètre d'épaisseur qui fut beaucoup plus facile à appliquer à cause de sa rigidité et de son élasticité plus grandes, qualités précieuses dans ce cas où l'espace manquait.

L'anse de fil de fer a toutefois deux inconvénients : elle chauffe davantage les tissus voisins et rend l'opération plus longue.

Le malade a parfaitement guéri.

XXI. — Femme de 40 ans, ayant des métrorragies profuses et un léger mouvement fébrile.

Schroeder ayant reconnu l'existence de myomes multiples pénétrant dans le tissu conjonctif du bassin, se contenta du raclage suivi d'injections de perchlorure de fer.

La femme succomba à une péritonite généralisée, ayant son point de départ au niveau de la surface gangrenée d'un myome sous-muqueux. J. B.

Fibrous tumours in the cervix uteri expelled in an unusual manner, par STADFELDT (*Edinb. med. journ.*, *p.* 603, *janvier* 1884).

Femme de 44 ans, mère de trois enfants. Depuis trois ans, elle souffre de métrorragies et a grand peine à uriner. A l'exploration vaginale (1875) on trouve une énorme tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, à la partie postérieure gauche du col utérin (l'orifice du col étant senti à droite). Cette tumeur est dure élastique et rénitente; elle remplit absolument le bassin, et pointe dans le vagin par son extrémité inférieure. L'hystéromètre pénètre de 4 pouces 1/4 dans la cavité utérine, la vessie est refoulée en haut, et l'urètre allongé au point que la sonde doit être introduite sur une longueur de huit pouces avant de franchir le col vésical.

En 1876, la malade vient se faire opérer à Copenhague, dans le service de Stadfeldt; or, précisément à cette époque, une portion de tumeur, de la grosseur d'un fort polype, se présente à la vulve. Ce polype avait un pédicule court et épais qui le rattachait à la paroi externe du col utérin. Il y avait une sécrétion vaginale fétide. Le polype fut détaché avec l'anse galvanique; il était constitué par un tissu fibro-myxomateux.

Plusieurs tumeurs semblables furent successivement expulsées de la même manière hors du col utérin : trois dans la même année. La première avait le volume d'un gros citron, la seconde pesait 500 grammes, la troisième, 686 grammes. Le dernier polype (le dixième) fut éliminé en septembre 1880. A partir de ce moment, la santé redevint bonne et les métrorragies disparurent, ainsi que la difficulté de la miction.

Les dix polypes réunis pesaient 2,850 grammes. H. R.

Ueber partielle Inversion des Uterus durch Geschwülste (De l'inversion partielle de l'utérus produite par des tumeurs), par WERTH (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

L'inversion partielle de l'utérus produite par une tumeur est un fait rare : cette inversion se traduit le plus souvent par une dépression que l'on peut sentir à la palpation; mais dans certains cas, comme dans le fait observé par l'auteur, cette dépression n'existe pas, parce que les parois de l'entonnoir sont accolées l'une à l'autre; il devient alors impossible de reconnaître l'inversion; et si l'on sectionne le pédicule de la tumeur, il se produit une perforation de l'utérus; c'est ce qui est arrivé à l'auteur. En présence de cette perforation, et de l'hémorragie très abondante qui en résultait, l'auteur pratiqua séance tenante l'ablation totale de l'utérus par le vagin, et la guérison eut lieu sans complication. Dans un second cas, et en prévision du même accident, l'auteur eut recours à l'énucléation : après avoir appliqué sur le pédicule une double ligature, il mit à nu la tumeur par une incision circulaire pratiquée à quelques centimètres au-dessous de la ligature, et à l'aide d'une légère traction exercée sur le pôle inférieur de la tumeur, il arriva facilement à l'isoler sans perforer la paroi utérine; l'hémorragie fut insignifiante; pansement à l'iodoforme; la guérison était complète en 8 jours. La première tumeur était grosse comme une tête d'enfant; la seconde comme un œuf de poule. H. DE BRINON.

Darmperforation durch gynäkologische Exploration veranlasst, par E. SCHWARZ (*Centralblatt f. Gynæk.*, 5 *juillet* 1884).

Il s'agit d'une femme de 46 ans dont l'utérus était gros comme une tête d'enfant, et qui était vraisemblablement atteinte de fibrome utérin. Voulant faire la dilatation du col utérin pour explorer la cavité de la matrice, l'auteur fit préalablement un lavage intra-utérin avec de la liqueur de van Swieten. Pendant cette injection, survinrent des accidents alarmants qui ne tardèrent pas à être suivis de péritonite, et, au bout de 40 heures, de la mort de la femme. Quelques instants avant sa mort, elle avait rendu par l'anus une assez grande quantité de sang pur.

L'autopsie montre qu'il existait une perforation intestinale un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale, sur la partie terminale du petit intestin. Cette perforation était due vraisemblablement aux adhérences que le fond de l'utérus avait contractées avec l'intestin à ce niveau, adhérences dont l'examen direct montre les traces. Il y avait en outre une stenose de la valvule iléo-cœcale, et l'examen microscopique révèle une dégénérescence tuberculeuse des ganglions du cou et des lombes. L'utérus était le siège d'un fibrome interstitiel.

Ce sont vraisemblablement les mouvements imprimés à l'utérus par l'exploration dont il avait été l'objet, qui, par l'intermédiaire des adhérences intestinales, avaient amené la rupture intestinale. AUVARD.

OBSTÉTRIQUE.

De l'influence de l'hyperthermie sur les femelles en gestation, par DOLÉRIS et DORÉ (*Société de Biologie*, 21 *juillet* 1883).

On a abusé des applications d'expériences de Runge ayant trait à l'influence de l'hyperthermie sur les femelles en gestation. Les auteurs mettaient des lapines en état de gestation dans des étuves à 51°, et il en résultait, dès que la température des animaux était élevée, la mort des petits et des animaux; on procédait ainsi par surchauffage, *coup de chaleur* et réfrigération brusque. L'on place des lapines pendant plusieurs heures, voire même plusieurs jours dans une étuve vaste et aérée, chauffée à 35°, 36°, 37° la température de ces animaux est progressivement élevée jusqu'à 41, 42, 42° 1/2; ils conservent cette température pendant quelque temps après avoir été retirés de l'étuve. On a donc provoqué chez ces animaux une véritable fièvre artificielle. Dans ces cas, les lapines ne meurent pas, les fœtus qu'elles portent ne succombent pas davantage et peuvent être mis bas au terme de la gestation. On peut conclure de ces expériences que ce n'est pas au phénomène d'hyperthermie qu'il faut rapporter l'avortement et la mort des fœtus observés dans le cours des pyrexies. On n'a pas assez tenu compte de l'action nerveuse, de la typhisation ou intoxication du sang et de l'organisme par les germes. C'est donc une question dont les éléments sont complexes et où le phénomène chaleur n'a pas le rôle prépondérant que lui accordent les auteurs allemands. D'ailleurs l'avortement et la mort du fœtus sont bien plus fréquemment observés dans le choléra, la syphilis, la tuberculose, les affections cardiaques, etc., affections apyrétiques ou à fièvre peu élevée, que dans les pyrexies où la fièvre peut se caractériser par de hautes températures.

PORAK.

De l'influence de la tuberculose sur la grossesse et le produit de conception, par FIESSINGER (*Revue médicale de l'Est*, 1er *juin* 1884).

L'auteur relate 5 observations personnelles d'accouchements prématurés ou d'avortements chez des tuberculeuses; dans tous les cas, le fœtus ne tarda pas à succomber.

S'appuyant sur une statistique assez nombreuse, sur les expériences d'inoculation de Landouzy et Martin, il se demande si la tuberculose n'agit pas comme les autres maladies infectieuses et si elle ne prédispose pas à l'avortement; il la compare à la syphilis, car dans les deux cas, les avortements sont fréquents et les enfants viables naissent malades; d'autre part, le produit de la conception ne pourrait-il point se tuberculiser uniquement par le fait du père? Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, on peut noter que, 38 fois sur 100, les avortements et accouchements prématurés se font dans la grossesse compliquée de tuberculose.

W. ŒTTINGER.

Geburt und Wochenbett älterer Erstgebärender (L'accouchement et les suites de couches chez les primipares âgées), par F. STEINMANN (*Archiv für Gynækologie, Bd XXII, Heft 3*).

Les recherches de l'auteur sont tirées des registres de la Maternité de Saint-Pétersbourg, et portent sur une période de 12 ans (1870-1881). En considérant comme primipares âgées toutes les femmes âgées de plus de 30 ans, l'auteur a relevé, pendant cette période, un ensemble de 645 accouchements. L'auteur fait remarquer que les résultats statistiques tirés des cliniques et hôpitaux d'accouchement ne peuvent être comparés aux résultats fournis par la pratique privée et la policlinique ou puisés dans la littérature. Ces derniers présentent une prédominance marquée des présentations anormales et des rétrécissements, et par suite des opérations et de la morbidité et mortalité, soit pour les mères, soit pour les enfants. Les accouchements de primipares âgées sont un peu moins fréquents à Saint-Pétersbourg (2.2 0/0) qu'à Munich et à Marbourg (3.5 et 3.6 0/0).

La durée moyenne de l'accouchement chez les primipares âgées (18.7 heures) est à peu près la même que chez l'ensemble des primipares dans le même établissement (17.8 heures).

Les accouchements gémellaires sont un peu plus fréquents chez les primipares âgées (4.5 0/0).

Les présentations pelviennes sont un peu plus fréquentes chez les primipares âgées (7.6 0/0) qu'elles ne le sont habituellement à Saint-Pétersbourg (5.6 0/0). Les présentations de la face ont, au contraire, été moins fréquentes qu'elles ne le sont habituellement à Saint-Pétersbourg; et ce fait est en contradiction avec les observations de la plupart des auteurs.

Les rétrécissements du bassin sont plus fréquents qu'ils ne le sont habituellement à Saint-Pétersbourg (3.7 0/0 au lieu de 1.8 0/0).

Les opérations, et en particulier l'application du forceps, sont plus fréquentes chez les primipares âgées, même en cas de bassin normal, qu'elles ne le sont habituellement à Saint-Pétersbourg. La cause en est dans la fréquence de l'atonie puerpérale.

Les contractions tétaniques sont notablement plus fréquentes qu'elles ne le sont habituellement (6.6 0/0 au lieu de 3.3 0/0). Il en est de même de l'éclampsie.

Les déchirures périnéales augmentent de fréquence avec l'âge des primipares, et guérissent plus difficilement.

Toutes choses égales, d'ailleurs, la morbidité est plus grande chez les primipares âgées. La mortalité, qu'elle soit ou non d'origine purement puerpérale, est aussi plus grande chez les primipares âgées.

L'albuminurie et les affections rénales sont plus fréquentes.

La mortalité des enfants est au moins trois fois plus forte chez les primipares âgées qu'elle ne l'est habituellement à Saint-Pétersbourg; et cette augmentation de la mortalité tient surtout à la mortalité *intra partum* (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 600). H. DE BRINON.

De la forme de l'excavation pelvienne, considérée au point de vue obstétrical, par A. BOISSARD (*Thèse de Paris*, 1884).

L'auteur s'est proposé d'étudier la configuration interne et externe de la section antéro-postérieure du bassin, soit dans sa portion constituée par le squelette, soit dans sa portion constituée exclusivement par des parties molles et qu'il désigne improprement sous le nom de portion passive et de portion active du bassin. Il a employé pour cela les lames de plomb qui ont déjà servi à MM. Pinard et Budin dans leurs recherches. Ces lames sont rarement assez résistantes pour conserver une empreinte exacte de la région ; si elles sont assez résistantes, elles ne sont plus assez flexibles pour suivre rigoureusement les sinuosités de la région ; elles ne sont applicables qu'à des parties résistantes et non aux parties molles. Le travail de M. Boissard est basé sur l'examen de nombreux cadavres. On trouvera annexées à sa thèse cinquante planches. L'auteur confirme les résultats déjà obtenus par Fabbri. On doit considérer l'excavation pelvienne comme constituée par deux cylindres irréguliers dont les axes sont perpendiculaires l'un sur l'autre. La tête parcourt le premier cylindre dans son mouvement de descente (thèse de Sabatier, 1880) ; elle parcourt le second cylindre pendant son dégagement. Mais pour que la tête change son mouvement de descente en mouvement de dégagement à travers la vulve, elle doit se creuser un bassin de nouvelle constitution aux dépens des parties molles. La variabilité de la direction de la tête pendant le dégagement est en rapport avec l'orientation vagino-vulvaire, qui, chez certaines femmes, peut être telle, qu'elle apportera un obstacle à l'expulsion spontanée du fœtus hors des parties molles. Nous croyons pour notre part que cette disposition de la vulve est bien plutôt une cause de déchirure du périnée qu'une cause de difficulté importante au dégagement de la partie fœtale.

PORAK.

Étude sur une forme spéciale de la poche des eaux (poche en sablier), par DUTHEIL (*Thèse de Paris*, 1884).

Il arrive dans de rares circonstances que la poche des eaux est refoulée dans le bassin, alors que le col n'a encore subi qu'une dilatation peu étendue. Elle présente au niveau du col un rétrécissement qui permet de désigner sa forme sous le nom de poche en sablier, poche en bissac, distincte de la poche en boudin, bien décrite et bien connue. La poche des eaux en sablier ne se rencontre que lorsque le fœtus est mort. S'il est vivant, on ne la rencontrera que dans le cas de présentation vicieuse ; cela est très rarement observé.

Cette disposition en sablier, en bissac de la poche des eaux est due à la communication facile du liquide amniotique de la cavité utérine dans la poche des eaux, au décollement et à l'extensibilité de membranes.

PORAK.

Note on a case of inversion of the uterus occuring immediately post partum, and resulting in spontaneous amputation, par Milne MURRAY (*Edinb. med. journ., p.* 901, *avril* 1883).

Femme de 40 ans accouchant de son 7e enfant. Travail parfaitement régulier, expulsion naturelle et spontanée du placenta, hémorragie médiocre, douleurs consécutives légères. Cependant 24 heures après l'accouchement, l'auteur trouve une inversion utérine presque complète, le fond de l'organe faisant saillie à travers le vagin. La réduction de l'utérus est aisément pratiquée, et le périnée soigneusement bandé pour empêcher la récidive de l'accident. Néanmoins, le lendemain l'auteur retrouve les choses comme la veille; il applique un pessaire pour immobiliser l'utérus : précaution inutile; aucune forme de pessaire n'empêche l'inversion utérine de se reproduire.

Le 4e jour commencent à éclater des symptômes généraux : insomnie, langue sèche, fièvre, sécrétions fétides. A partir de ce moment, il devient évident que la portion inversée de l'utérus se gangrène, et qu'il se fixe dans sa situation nouvelle sans pouvoir reprendre sa position initiale. A partir du 9e jour, délire tranquille et phénomènes graves, aspect typhoïde. Le 14e jour l'auteur se décide à amputer l'utérus; mais au moment où il se dispose à commencer l'opération, il constate que pendant la nuit toute la portion sphacélée du corps de l'utérus s'est spontanément éliminée. Des injections phéniquées et de l'alcool à haute dose suffirent à guérir rapidement la malade. H. R.

Ein neuer Beitrag zur Casuistik und Ætiologie der Spondylolisthesis (La spondylolisthésis ; nouvelles observations; considérations étiologiques), par Franz Ludwig NEUGEBAUER (*Archiv für Gynæk. Bd XXII, Heft* 3).

L'auteur publie 6 nouvelles observations cliniques de spondylolisthésis : ce qui porte à 26 le nombre des faits publiés : les observations anatomo-pathologiques sont au nombre de 17, en tout 43 cas. Des 6 faits nouveaux, 1 a été recueilli par Hegar à Fribourg, 1 par Freund à Strasbourg, et les 4 autres par l'auteur, savoir : 1 à Strasbourg, 1 à Paris, 2 à Berlin.

Les recherches faites par l'auteur sur cette question l'ont conduit aux conclusions suivantes, en ce qui concerne l'étiologie de la spondylolisthésis. La spondylolisthésis peut se produire : 1° sous l'influence d'un défaut d'ossification congénitale de la partie latérale de l'arc de la 5e vertèbre lombaire : ce défaut d'ossification peut être unilatéral ou bilatéral, et il siège de préférence sur la portion de l'arc intermédiaire aux deux apophyses articulaires supérieure et inférieure (spondyloschizis ; σχισις, fissure ; *interarticularis congenita arcus vertebralis*), bassins de Paris, Bonn, Prague, Wurzbourg et 2e bassin de Wurzbourg ; 2° sous l'influence d'une fracture primitive : *a*) des apophyses articulaires inférieures, préparations de Breslau. Dans ce cas, la partie postérieure de l'arc de la 5e lombaire suit le mouvement en avant de la totalité de la vertèbre, et ses apophyses articulaires inférieures présentent un allongement dans le sens artéro-postérieur.

b) De l'arc de la 5e vertèbre lombaire au niveau de la partie intererticulaire ; bassin de Munich. Dans ce cas, la partie postérieure de l'arc de la 5e lombaire n'a pas suivi le mouvement en avant de la vertèbre : il est resté à sa place normale. H. DE BRINON.

Ein neuer Fall von klinisch beobachteter Spondylolisthesis (Nouvelle observation de spondylolisthésis), par A. SWEDELIN (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

Ce nouveau cas de spondylolisthésis a été observé chez une femme de 27 ans : le point de départ de la lésion paraît avoir été une chute sur le bord d'une table, survenue à l'âge de 17 ans. Cette femme avait été traitée par von Rabenau pour une rétroflexion de l'utérus gravide et avait avorté à 4 mois et demi. C'est pendant le cours d'une seconde grossesse que la spondylolisthésis fut reconnue. Le diamètre conjugué vrai, qui était en réalité de 7 1/2 à 7 1/4, ainsi qu'on peut le reconnaître après l'accouchement, fut évalué à 9.5 par von Rabenau, et en conséquence l'accouchement prématuré artificiel pratiqué vers la 36e semaine ; l'accouchement ne présenta aucune difficulté : suites normales ; l'enfant vécut 5 mois et succomba à une méningite.

A propos de l'erreur commise sur le diamètre conjugué vrai, l'auteur insiste sur la nécessité, pour arriver directement à l'angle de glissement de la colonne vertébrale, de diriger le doigt en haut suivant l'axe du bassin.

48 accouchements de femmes atteintes de spondylolisthésis ont été publiés. Ces 48 accouchements proviennent de 19 femmes et comprennent 31 accouchements à la fin de la grossesse, 14 accouchements prématurés, dont 10 artificiels, 3 avortements.

16 enfants ont traversé vivants la filière pelvienne, 4 ont été extraits par l'opération césarienne :

Des 19 femmes, 8 sont mortes, mais l'une d'elles n'est pas morte directement des suites de l'accouchement.

De l'étude des faits publiés, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes au point de vue du pronostic de l'accouchement chez les sujets spondylolisthésiques :

1° Le rétrécissement faible du bassin par olisthésis (diamètre conjugué vrai supérieur à 9 centimètres) n'entraîne aucun trouble dans la marche de l'accouchement;

2° Le rétrécissement moyen (diamètre conjugué vrai variant de 7,5 à 9) permet encore à la fin de la grossesse un accouchement heureux pour la mère et pour l'enfant, et ne nécessite pas une intervention trop sérieuse ;

3° Le rétrécissement fort (6,5 à 7,5) met dans le plus grand danger la vie de l'enfant si la grossesse est à terme, mais la vie de la mère n'est pas aussi menacée ;

4° Le rétrécissement au-dessous de 6,5 ne permet pas le passage de la tête à travers le bassin, sans une opération de réduction ;

5° Chez les multipares, le pronostic est d'autant plus grave que le dernier accouchement a été difficile.

Au point de vue thérapeutique :

1° Lorsque le diamètre conjugué vrai est inférieur à 7 centimètres il faut provoquer l'accouchement dans la 32e semaine ;

2° Lorsque le diamètre conjugué vrai varie de 7 à 8, on peut attendre la 36e semaine ;

3° Lorsque le diamètre conjugué vrai varie de 8 à 9, on peut attendre la fin de la grossesse. Mais si le sujet est faible, offre peu de résistance, il faut encore provoquer l'accouchement dans la 36e semaine ;

4° Lorsque le diamètre conjugué vrai dépasse 9 centimètres, l'accouchement prématuré artificiel n'est plus indiqué;

5° Lorsque la grossesse est à terme, et que le diamètre conjugué vrai est inférieur à 7 centimètres, il n'y a pas lieu d'intervenir tant que la vie de la mère n'est pas réellement en danger ; et dans ce cas on placera en première ligne la perforation et la cranioclasie, et en dernière ligne l'opération césarienne ;

6° Lorsque le diamètre conjugué vrai a 6 centimètres, l'opération césarienne est indiquée.

Il faut remarquer que, dans tous les cas où il s'agit de bassin spondylolisthésique, il n'y a pas à proprement parler de diamètre conjugué vrai : le diamètre conjugué vrai est représenté par la ligne réunissant le bord supérieur de la symphyse et la partie la plus saillante de la colonne lombaire qui a glissé dans le bassin.

Cet article est accompagné d'une notice bibliographique contenant tout ce qui a été publié sur la spondylolisthésis jusqu'au mois d'août 1883.

H. DE BRINON.

De la couveuse pour enfants, par AUVARD (*Archives de tocologie, octobre* 1883).

M. Tarnier a fait construire une couveuse pour enfants qui présente l'inconvénient d'avoir un prix très élevé. Guidé par les conseils de M. Tarnier, M. Auvard propose un appareil beaucoup plus simple, moins coûteux et dont les résultats paraissent théoriquement devoir être favorables. Il consiste en une boîte aménagée en deux compartiments ; dans l'un, on place l'enfant ; dans l'autre, des bouteilles en grès, remplies d'eau bouillante. On peut les renouveler successivement, de telle sorte que la température de la couveuse soit maintenue constamment à la température de 30°. Les résultats obtenus à la Maternité doivent être rapportés au premier appareil et non au second. Voici le relevé des cas qui y ont été traités depuis son installation, en 1881, jusqu'en juillet 1883 :

	Total	Vivants	Morts	
Enfants avant terme.....	93	62	31	38 0/0
Faiblesse.....	6	4	2	
Cyanose.....	5	5	»	
Œdème.....	25	21	4	
Gêne respiratoire.....	5	2	3	
Mort apparente.....	4	3	1	
Athrepsie.....	3	1	2	
Syphilis.....	4	4	»	
Opération obstétricale....	2	2	»	
Fracture.....	1	1	»	
Vices de conformation...	3	»	3	

Les résultats sont comparables pour les enfants avant terme, qui donnaient avant l'installation des couveuses une mortalité de 65 0/0 et ne fournissent plus maintenant qu'une mortalité beaucoup plus faible, qu'on peut estimer à 38 0/0. La mortalité à la suite de l'œdème a aussi été manifestement atténuée. L'auteur étudie ensuite l'influence du séjour prolongé de l'enfant dans la couveuse, sur sa respiration, son pouls et sa température. L'élévation de la température est en particulier manifeste. Elle est surtout particulièrement favorable dans le cas d'œdème

qui s'accompagne d'hypothermie. Aussi cette maladie est-elle très heureusement modifiée par le séjour des enfants dans les couveuses.

Winckel avait proposé de laisser séjourner les enfants qui se trouvent dans les conditions indiquées plus haut, en permanence dans un bain d'eau maintenue à la température de 36 à 37°. Cette méthode est bien plus puissante que le séjour dans la couveuse, mais elle semble être beaucoup plus difficile à diviser et beaucoup plus délicate. Elle présente peut-être des inconvénients en ce sens que tout le corps n'est pas soumis à la même température, et que non seulement la tête, mais encore la poitrine, peuvent être exposées au refroidissement. PORAK.

Zur Physiologie und Pathologie der Nachgeburtsperiode (La période de délivrance au point de vue physiologique et pathologique), par LUMPE (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft 2*).

Pour l'auteur, l'emploi de la méthode de Credé a été trop généralisé. Trois conditions sont nécessaires pour que la délivrance ait lieu régulièrement :

1° Innervation normale de l'utérus, contraction et rétraction normales ;
2° Adhérences normales entre l'utérus et l'œuf ;
3° État normal du sang.

Lorsque ces trois conditions sont réunies, la délivrance s'opère spontanément, et il n'y a besoin d'aucune intervention, d'aucun traitement. Ce n'est que lorsque les choses traînent en longueur, au bout d'une demi-heure, par exemple, que l'on est autorisé à favoriser l'expulsion du placenta hors du vagin, soit par une pression extérieure, soit par une traction modérée sur le cordon.

Dans tous les cas, la méthode de Credé ne doit avoir pour but que d'exciter les contractions utérines.

L'auteur considère la méthode comme inoffensive, et il ne la repousse, dans les cas ordinaires, que comme une manœuvre inutile et désagréable pour l'accouchée. H. DE BRINON.

Ueber die Schwankungen der Stickstoffbestandtheile des Harns in den ersten Tagen des Wochenbetts (Sur les variations des éléments solides contenus dans l'urine pendant les premiers jours des suites de couches), par GRAMMATIKATI (*Centralblatt f. Gynækologie*, 7 *juin* 1884).

La question des échanges nutritifs pendant les suites de couches a été étudiée par peu d'auteurs, et cela probablement parce qu'on a été effrayé de la multiplicité des éléments dont il faut tenir compte. Becquerel, Winckel, Kleinwächter et Henrichsen paraissent être les seuls qui aient abordé l'étude de ce problème.

Ces auteurs s'accordent à reconnaître que les éléments solides de l'urine sont augmentés pendant les suites de couches, et Kleinwächter fait remonter l'origine de cette augmentation à l'involution utérine. L'utérus puerpéral pour revenir à l'état normal doit subir une diminution considérable, c'est cette atrophie qui est la cause de l'augmentation des éléments solides dans l'urine.

Dans le but de vérifier cette opinion, Grammatikati a entrepris une série

d'expériences; il a examiné, d'après la méthode de Liebig, l'urine de 16 femmes pendant les suites de couches. Parmi ces femmes, 8 ont eu un allaitement naturel, 6 un allaitement interrompu par des accidents divers, 2 enfin n'ont pas allaité.

De ces observations, l'auteur arrive à conclure que les variations des éléments solides de l'urine ont une relation très intime avec la sécrétion lactée. Une sécrétion active augmente les éléments solides dans l'urine; faible ou nulle, les diminue au contraire sensiblement. Aussitôt que pour une cause quelconque la femme est obligée de cesser l'allaitement (par exemple les érosions du mamelon), la quantité des éléments solides diminue dans l'urine. Les deux chiffres extrêmes représentant la quantité de ces éléments sont, par jour, 60 grammes comme maximum et 14gr,5 comme minimum. Dans les cas normaux la sécrétion lactée s'établissait du 2e au 3e jour. C'est du 9e au 4e qu'on voit la plus forte proportion des éléments contenus dans l'urine.

Ce n'est donc pas avec l'involution utérine que les variations des éléments urinaires sont en relation, mais bien avec la sécrétion lactée. Ce qui n'empêche pas que la sécrétion lactée, en amenant l'élimination de ces éléments, ne favorise l'involution de l'utérus. Ainsi s'explique l'arrêt de l'involution utérine, car la sécrétion lactée est troublée. AUVARD.

Zur Behandlung der Fehlgeburten (Traitement des avortements), par E. SCHWARZ (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 241, 1884).

En présence d'une menace d'avortement, il s'agit tout d'abord de reconnaître si l'avortement est inévitable ou non. Dans le second cas, les moyens prophylactiques sont seuls indiqués : repos, teinture d'opium à la dose de 20 à 30 gouttes. Dans le premier cas, la thérapeutique devra toujours être plus active.

L'expulsion de l'œuf est inévitable, lorsque :

1° Le col est assez ouvert pour laisser pénétrer le doigt jusqu'à l'orifice interne et permettre d'atteindre directement le segment inférieur de l'œuf (multipares), ou lorsque chez les primipares le col est complètement effacé, l'orifice externe restant toutefois infranchissable;

2° Lorsque des débris de membranes ont été expulsés, ou que la sécrétion a une odeur putride;

3° Une hémorragie assez forte persistant depuis plusieurs jours, et accompagnée de douleurs de reins sourdes ou déchirantes; une hémorragie abondante survenant brusquement, un écoulement de mucosités sanguines se prolongeant des semaines ou des mois, sont des signes presque certains d'avortement.

Toutes les fois que ces signes existent, il faut hâter l'avortement et combattre les symptômes qui présentent un danger pour la vie de la mère.

Contre l'hémorragie abondante qui accompagne presque toujours l'avortement dans la première moitié de la grossesse, il n'y a qu'un moyen absolument sûr, le tamponnement. Le tamponnement doit être fait avec un speculum, et à l'aide de deux ou trois gros tampons de ouate secs et trempés dans la poudre d'iodoforme.

Le tamponnement ainsi pratiqué arrête infailliblement l'hémorragie :

l'auteur a depuis longtemps rejeté de sa pratique le colpeurynter, qui ne présente que des inconvénients. Si, à l'ablation du tampon, la dilatation du col n'a pas fait de progrès, on pourra accélérer l'expulsion par une injection intra-cervicale de deux à trois litres de liquide. Le liquide employé, solution de borate de soude à 2 ou 4 0/0, d'acide salicylique à 0.3 0/0, de sublimé à 0.02 ou 0.05 0/0, devra être porté à 39 ou 40° R, ou mieux à une très basse température (4 ou 6°). Ces deux opérations, tamponnement et injections, pourront être répétées jusqu'à trois fois; mais en général une à deux injections suffisent. Si toutefois l'expulsion spontanée n'a pas lieu après ces manœuvres, il faut extraire l'œuf artificiellement. L'extraction de l'œuf nécessite l'anesthésie. Après avoir dilaté le col avec la laminaire et les dilatateurs de Fritsch, on détache l'œuf de ses adhérences utérines à l'aide du doigt, et l'extraction se fait soit par l'expression bimanuelle, soit en s'aidant de pinces spéciales.

Lorsque le médecin est appelé après l'expulsion du fœtus, ou seulement après l'écoulement des eaux, il ne doit pas perdre son temps à tamponner, mais chercher immédiatement à extraire ce qui reste dans l'utérus, non seulement pour faire cesser l'hémorragie, mais surtout pour éviter l'infection septique, qui est dans ce cas le principal danger. C'est alors le doigt ou la curette qui constituent les meilleurs instruments. La curette est toujours suffisante entre des mains exercées. Lorsque les débris de membranes ont été détachés, il faut les enlever à l'aide d'un lavage intra-utérin à haute pression. L'extraction des membranes est fréquemment suivie d'une hémorragie profuse. On la combattra à l'aide d'une injection antiseptique froide, et, en cas d'insuffisance, à l'aide du perchlorure de fer; 4 à 6 centimètres cubes d'une solution de 20 ou 25 0/0 injectés à l'aide d'une seringue de Braun, ou 100 à 150 centimètres cubes d'une solution à 8 ou 10 0/0 injectés avec un irrigateur. L'auteur rejette absolument l'ergot de seigle comme insuffisant.

Toutes les fois qu'il existe des signes de décomposition, l'extraction immédiate est indiquée.

Lorsqu'il y a de l'inflammation utérine, et que cette inflammation n'est pas due à une décomposition de l'œuf, il faut faire disparaître les symptômes inflammatoires avant de pratiquer l'avortement. H. DE BRINON.

Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie, par PORAK (*Gaz. hebd.*, *n*os 9, 10, 11 *et* 13, 1884).

Ces faits sont très rares ; l'auteur en a réuni 16 observations, il publie deux observations inédites. Les kystes muqueux sont rarement une cause de dystocie, les kystes profonds sont presque constamment de nature hydatique. Ceux-ci peuvent être une cause importante de dystocie, si on en juge par les cas graves publiés. L'auteur pense que les cas beaucoup moins sérieux sont les plus fréquents, mais ils ne sont pas publiés. Ce sont des tumeurs à marche lente, à symptômes mal définis. Le frémissement hydatique, la nature de leurs contours, constituent les seuls signes pathognomoniques. On ne pourra guère les confondre qu'avec des fibromes ramollis ou avec des tumeurs liquides enclavées dans le bassin, tels, par exemple, que les kystes de l'ovaire. Pendant la grossesse, les ponctions et l'injection irritante sont indiquées. Pendant l'accou-

chement, si le diagnostic est fait, c'est encore à la ponction qu'il faudra recourir. P.

De la pince à os et du crânioclaste, par AUVARD (*Thèse de Paris*, 1884).

Depuis que Sinpson fit construire le cranioclaste dans le but de fracturer les os de la voûte du crâne et de laisser souvent à la nature le soin de faire traverser l'excavation pelvienne à la tête ainsi morcelée, d'importantes modifications ont été apportées à l'instrument et à la méthode opératoire. De nombreux travaux ont été publiés sur ce point, en particulier dans ces dernières années. La thèse de M. Auvard occupera parmi ceux-ci une place importante. On n'y trouvera cependant aucune observation clinique, aucune confirmation sur la parturiente vivante des notions expérimentales qu'il met en lumière. Son travail est basé exclusivement sur l'expérimentation, mais sur une expérimentation des plus variées. Il a étudié le mécanisme du passage du fœtus à travers des bassins extrêmement rétrécis, que le fœtus soit saisi par la tête, par le siège ou par le tronc ; s'il est saisi par la tête, suivant que celle-ci est fléchie ou défléchie, se présentant la première ou la dernière, ou suivant qu'elle est restée seule dans l'utérus. Il donne les renseignements qui lui sont fournis par 45 expériences. Des dénominations obscures en rendent quelquefois la lecture difficile, et il est regrettable que dans ses conclusions l'auteur n'ait pas comparé l'emploi du crânioclaste au céphalotribe. Il nous paraît certain que dans un certain nombre de cas le crânioclaste est un instrument inférieur au céphalotribe.

Nous n'insisterons pas sur les recherches de l'auteur concernant la perforation du crâne : le perforateur de Blot ou le perforateur alésoir de Tarnier lui ont fourni les meilleurs résultats. Il pense cependant que la meilleure perforation du crâne est pour la voûte une ouverture grande, régulière, sans fracture ; pour la base, une large brèche avec éclatement des os voisins.

La conclusion la plus importante qui se dégage de nombreuses expérimentations de l'auteur est que la meilleure façon de faire passer à travers le bassin rétréci la tête saisie par le crânioclaste est de la faire passer de champ, c'est-à-dire de telle sorte que la base du crâne soit perpendiculaire ou à peu près au plan du détroit supérieur. Le cas le plus favorable est celui de la face saisie par la branche pleine introduite dans la bouche, la branche fenêtrée introduite dans le crâne par une perforation du crâne au niveau du front, très près de la racine du nez. Il faudra donc s'efforcer de transformer la présentation du sommet en présentation de la face, et, si cela n'est pas possible ou n'est pas effectué, saisir la tête en appliquant la branche extérieure sur la face plutôt que sur l'occiput.

L'utilité de la transformation de la présentation du sommet en présentation de la face a déjà été démontrée d'une façon excellente par M. Narich. Si on perfore la tête très près de la racine du nez, on saisira facilement et solidement la face. Mais pour cela il faut défléchir la tête, et les moyens conseillés par les auteurs ne paraissent pas suffisants à M. Auvard. Il donne la description d'un instrument ingénieux destiné à passer

un lac à travers la tête, et qui faciliterait bien certainement cette opération préliminaire. Cet instrument est compliqué.

Lorsque la tête est saisie par la face, on peut la faire passer à travers un bassin dont le diamètre rétréci mesure de 3 à 4 centimètres. Si on démolit la base du crâne ou si on morcelle et si on arrache les os de la voûte, on pourrait peut-être faire passer la tête fœtale à travers un diamètre de 2 centimètres 1/2.

La manœuvre d'un instrument, dans les conditions expérimentées, possible sur le bassin en bronze, est-elle praticable sur la femme vivante? C'est à l'observation clinique d'en fournir la preuve. Quoi qu'il en soit, l'auteur décrit un instrument ingénieux qui peut servir à la fois de céphalotribe et de crânioclaste et une pince à os.

Nous n'insisterons pas sur les résultats obtenus dans les expériences sur l'emploi du crânioclaste dans le cas de présentation de la tête dernière, du siège, du tronc. Ces manœuvres ne trouveront leurs indications que très exceptionnellement. PORAK.

Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids, par P. CHABERT (*Thèse de Lyon*, 1884).

D'après l'auteur, les bains froids sont indiqués dans toutes les formes hyperthermiques des complications des suites de couches, les péritonites suraiguës exceptées.

L'indication du bain froid n'existe que lorsque la fièvre se maintient sans rémission matutinale notable autour de 40° et lorsqu'on a constaté l'impuissance de la quinine, des excitants diffusibles à hautes doses, et lorsque, la fétidité des lochies existant, on a pratiqué des injections intra-utérines antiseptiques sans amener de descente dans la fièvre.

Les bains froids doivent être administrés à une température de 28 à 18°; suivant l'abaissement que le premier bain donné à 28 ou 30° a produit, on doit abaisser le degré des bains ultérieurs. La règle est d'obtenir par le bain un abaissement d'un à deux degrés.

Les bains sont réitérés toutes les trois heures, jusqu'à ce que la température de la malade soit descendue à 38° et y reste avec quelques oscillations de quelques dixièmes le soir.

Quand les bains n'amènent pas un abaissement thermique, il faut, en plus, placer dans l'intervalle une vessie de glace sur le ventre.

Concurremment il faut administrer avec les bains les boissons alcooliques à hautes doses. A. G.

Des sutures utérines pendant l'opération césarienne, par PORAK (*Gazette hebd.*, *n*os 25 *et* 26, 1884).

Depuis 1787, pas une opération césarienne n'a été suivie de succès à Paris; aussi y était-on en droit de considérer la modification de Porro comme une importante innovation. Cependant depuis 1877, 123 opérations de Porro ont donné 55. 7 0/0 de mortalité, et dans le même laps de temps 44 opérations césariennes une mortalité de 43. 5 0/0. Peut-être l'opération de Porro a-t-elle bénéficié des progrès de la chirurgie antiseptique. Toutes les opérations ont été exécutées par des chirurgiens

rompus aux difficultés de la chirurgie abdominale ; la plupart des procédés employés dans l'opération césarienne sont défectueux. Il n'est cependant pas impossible à l'aide des sutures utérines bien effectuées d'obvier à l'épanchement, dans la cavité abdominale, du pus et du sang. L'auteur cite les résultats obtenus dans les diverses méthodes conseillées dans ces derniers temps et décrit les procédés de Kehrer et de Sänger. Cinq opérations césariennes faites dans ces derniers temps suivant ces principes ont donné 3 guérisons. L'opération de Porro ne serait qu'une opération d'attente, dont tous les progrès semblent être réalisés ; l'opération césarienne a l'avenir pour elle ; elle est encore susceptible de modifications importantes. P.

Die Behandlung des Nabels des Neugeborenen (Le pansement ombilical du nouveau-né), par CREDÉ et WEBER (*Archiv für Gynäkologie, Band XXIII, Heft 1*).

1° Il est préférable d'attendre quatre à cinq minutes pour faire la ligature du cordon. La ligature immédiate fait perdre à l'enfant une certaine quantité de sang.

Le meilleur mode de ligature est la ligature avec le caoutchouc (tubes à drainage minces), indiquée pour la première fois par Budin. On employait autrefois à la clinique de Leipzig les rubans de fil ; il ne se passait pas de semaine qu'on n'eût à enregistrer une hémorragie consécutive. Depuis le 1er juillet 1883, les tubes de caoutchouc ont été employés, et il n'y a pas eu une seule hémorragie. Les expériences d'injection d'eau dans les veines du cordon, lié avec des matériaux de différente nature, lin, soie, caoutchouc, ont été répétées par les auteurs de l'article et leur ont donné les mêmes résultats qu'à Budin. Un seul tour avec le tube en caoutchouc suffit en général pour mettre à l'abri de l'hémorragie ; deux tours rendent absolument impossible toute hémorragie. La ligature avec le caoutchouc présente en outre l'avantage de pouvoir être appliquée très près de l'abdomen, et de diminuer la longueur du cordon qui reste à éliminer.

2° Pour le pansement du cordon, on se contente à la clinique de Leipzig d'envelopper le cordon dans un peu de ouate et de le fixer sur le côté gauche de l'abdomen à l'aide de la bande ombilicale. La ouate est renouvelée tous les matins après le bain. Le bain n'a aucun inconvénient au point de vue de la rapidité de dessiccation du cordon. La ouate a sur toute autre pièce sèche de pansement l'avantage de filtrer l'air et de le débarrasser des germes de putréfaction. Lorsque le cordon est tombé, on continue le même pansement jusqu'à ce que la cicatrice soit complète. Il y a plusieurs années que ce pansement est adopté à Leipzig, et les affections du cordon y sont presque inconnues. H. DE BRINON.

DERMATOLOGIE.

De la lymphangite dans les maladies de la peau, par E. FAVREL (*Thèse de Paris*, 1884).

Le but de ce travail est de mettre en relief ce phénomène pathologique à peine indiqué par les auteurs classiques, la fréquence de la lymphangite dans les maladies de la peau. Lailler en a recueilli et fourni à l'auteur 128 observations. Le plus grand nombre sont relatives à l'eczéma (50). La lymphite eczémateuse se manifeste surtout dans les eczémas aigus et les poussées aiguës des vieux eczémas rebelles entretenus par l'incurie, la malpropreté, les frottements, etc. La gale tient le deuxième rang (20); viennent ensuite avec une fréquence sensiblement égale les traumatismes (11) (écorchures, plaies contuses); les dermites professionnelles (9); les ulcères variqueux (7); les ecthymas (6). Il est remarquable de voir que le zona, l'impetigo, l'herpès, ne figurent dans cette liste que pour un cas chacun. Les dermatoses sèches squameuses, le psoriasis, par exemple, ne paraissent avoir aucune influence sur le développement de la lymphite.

Dans l'exposé symptomatique, l'auteur donne la description connue des lymphangites réticulaire et trajective, en s'attachant à mettre en relief certains points négligés par les classiques, tels que l'empâtement au niveau des plaques et des cordons, la disposition cylindrique ou muciliforme de ceux-ci; la desquamation consécutive aux rougeurs, la terminaison habituelle par résolution, la possibilité de la résorption du pus; le développement, dans quelques cas, d'une teinte ecchymotique, devenant ensuite jaunâtre (teinte chamois) pendant la résolution.

H. DANLOS.

Ueber Erytheme insbesondere bei Infectionskrankheiten (De l'érythème, particulièrement dans les maladies infectieuses), par BRIEGER (*Charité-Annal.*, *IX Jahrg*, *p.* 115).

Brieger rapporte cinq observations d'érythème scarlatiniforme au cours d'états infectieux, puerpéralité et fièvre typhoïde. Chez l'une de ces malades, atteinte de fièvre puerpérale, existaient concurremment de l'érythème et du pemphigus. Dans les bulles de pemphigus on trouva deux ordres de bactéries, les unes aussi longues que larges, réunies en chaine, les autres, isolées, quatre fois plus longues que larges. Les inoculations des premières ne donnèrent aucun résultat sur le cobaye; en inoculant les secondes, on provoqua la formation de collections purulentes aux points d'injection, et plus tard d'abcès métastatiques. L'auteur en conclut que les éruptions secondaires aux maladies infectieuses sont dues à des embolies parasitaires, et cela d'autant plus qu'au niveau de sugillations cutanées on a également trouvé des amas de micrococci dans les vaisseaux.

L. D.-B.

Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale, et en particulier de l'érythème polymorphe, par J. GENEIX (*Thèse de Paris*, 1883).

Précédé des symptômes ordinaires de la septicémie puerpérale, fièvre vive (100 à 120 pulsations, 38 à 39° de température), nausées, vomissements, diarrhée, douleurs dans les fesses iliaques, lochies un peu fétides, etc., l'érythème polymorphe se présente chez les nouvelles accouchées avec le caractère suivant : sur la poitrine et la face antérieure des avant-bras, dans les points où la peau a un certain degré de finesse, c'est un exanthème de coloration uniforme ou pointillé ressemblant aux plaques diffuses et framboisées de la scarlatine. Sur la face externe des avant-bras, sur le dos des poignets et des mains, autour des genoux, il offre l'apparence de l'érythème papuleux, de la roséole ou de l'urticaire. Ce sont des taches peu ou point saillantes, arrondies ou en croissant, séparées par des intervalles de peau saine. L'éruption débute par la poitrine et les avant-bras, s'étend dès le premier jour à tous les points qu'elle doit occuper. Elle persiste le plus souvent deux à trois jours, et dans quelques cas disparaît après vingt-quatre heures, pour se montrer de nouveau plus tard. Son absence presque constante au visage forme avec sa brusque apparition et sa fugacité un de ses meilleurs caractères.

A ce degré l'érythème s'efface sans desquamation. Il en est autrement dans les cas où il persiste plus longtemps. On voit alors dès le deuxième ou le troisième jour apparaître sur les rougeurs des boutons de miliaire dont les vésicules, d'abord transparentes, prennent rapidement une teinte laiteuse. La miliaire n'a pas généralement la même étendue que l'érythème dans les points où la peau est raide et où l'érythème est de forme ardue et papuleuse ; sur les poignets et à la face externe des avant-bras, elle manque. Elle se développe surtout sur la poitrine, le ventre, la partie supérieure des cuisses ; là enfin où persistent les rougeurs scarlatiniformes diffuses. Au bout de quelques jours les vésicules s'affaissent, laissant derrière elles quelques croûtelles et surtout une desquamation furfuracée.

Dans ses formes généralisées l'érythème polymorphe peut simuler la scarlatine, la rougeole, la suette. Il n'y a pas de caractère absolu qui le distingue avec certitude des formes anormales de ces maladies. Néanmoins le diagnostic est possible par les conditions étiologiques, l'immunité habituelle de la face, la prédominance de l'éruption à la face externe des poignets et des avant-bras ; ainsi que le caractère polymorphe de l'éruption. De plus il n'y a pas d'angine, pas d'albuminurie ni de desquamation de la scarlatine ; non plus que le catarrhe rubéolique et les sueurs profuses de la suette.

L'éruption ne paraît pas avoir de valeur pronostique spéciale. Sur les 16 observations rapportées à la fin du mémoire, on compte 11 guérisons.

H. DANLOS.

Contribution à l'étude des sueurs colorées, par BALZER et BARTHÉLEMY (*Ann. de derm. et de syph.*, *juin* 1884).

Chez un homme de 34 ans, arthritique et sujet à des sueurs générales abondantes, la sécrétion sudorale de l'aisselle seule prit, après une fièvre typhoïde, une coloration rouge, résistant énergiquement aux soins de toilette

(lotions quotidiennes au savon de soude et à l'eau de Cologne). Simultanément les poils de ces régions, devenus rudes et cassants, avaient perdu leur éclat et leur couleur brune primitive pour prendre une teinte rougeâtre avec des reflets feux. Ils étaient entourés d'une sorte de gangue de même couleur qui leur formait un revêtement continu ou interrompu par places, et dans lequel un faible grossissement montrait une matière glutineuse amorphe parsemée de stries convergentes vers l'axe du poil. A un fort grossissement, ces stries paraissaient formées par des chaînes de micrococci ronds ou elliptiques. Les mêmes microbes se montraient dans le poil et à la surface de l'épiderme cutané de la région. Dans l'épiderme, ils étaient accompagnés d'une multitude d'autres parasites.

Examinant depuis les aisselles de beaucoup de sujets non affectés de sueurs rouges, les auteurs ont retrouvé les mêmes parasites en forme de zoogloées appendues aux poils, mais sans la coloration rouge. Ils ajoutent que le parasitisme de la région axillaire est très commun.

Les lotions parasiticides (bains sulfureux, alcalins, acide phénique, salicylique, thymique à 5 0/0, sublimé au millième, borax à 15 0/0, chloral à 3 0/0) ont été impuissantes, l'éther seul a paru avoir une action favorable.

H. DANLOS.

Contribution à l'étude des purpuras, par H. LELOIR (*Ann. de dermat. et de syphil., janvier 1884*).

L'auteur rapporte dans ce travail deux observations personnelles de purpura ultime chez des sujets cachectiques.

L'un d'eux, alcoolique, cirrhotique, atteint en outre de néphrite interstitielle, présenta quelques jours avant sa mort, déterminée par une double pneumonie, des lésions cutanées aux membres inférieurs, que l'on crut d'abord devoir rattacher à une lymphite réticulée. Elles étaient caractérisées par l'apparition à la face interne de chaque cuisse d'une dizaine de plaques hyperémiques, ovalaires, grandes comme une pièce de 5 francs et réunies par des tractus de même apparence. Pas d'engorgement ganglionnaire, fièvre. Le lendemain, à l'hyperémie se mêlait un pointillé hémorragique qui alla en augmentant jusqu'au moment de la mort sans envahir la totalité des plaques. A l'autopsie, pas d'hémorragies viscérales. L'examen histologique de lambeaux enlevés aussitôt après la mort et durcis montra dans le derme, entre les faisceaux conjonctifs, beaucoup de globules blancs. La couche papillaire en était bourrée, principalement autour des vaisseaux, qu'ils entouraient d'un manchon. Tous les vaisseaux du derme étaient dilatés, surtout dans la région papillaire, où ils avaient de quinze à vingt fois le calibre normal. Ils contenaient des globules rouges normaux, mais ni caillots, ni concrétions fibrineuses. Dans les parties purpuriques proprement dites, un fort grossissement montrait en outre une lésion vasculaire caractérisée par la prolifération de l'endothélium remplacé par des couches superposées de cellules embryonnaires et des ruptures de la paroi propre ayant donné lieu dans le voisinage immédiat à des foyers hémorragiques minuscules. Ici la cause majeure et l'altération vasculaire amenaient la dilatation, puis la rupture des vaisseaux.

Le deuxième fait est relatif à un phtisique parvenu à la période ultime. Chez lui, les membres inférieurs œdématiés étaient couverts de taches d'un bleu noirâtre survenues depuis quelques jours, à son insu, pour ainsi dire, sans douleurs ni démangeaisons. A l'autopsie, pas de phlegmatia ni d'hémorragies viscérales. Les infiltrations ecchymotiques siégeaient surtout dans la partie moyenne du derme. Les vaisseaux papillaires n'étaient nullement dilatés, et il n'y avait pas d'hémorragies dans la région papillaire. Le sang formait entre

les faisceaux conjonctifs des foyers assez considérables. Pas de lésions des parois vasculaires, mais dans un grand nombre de vaisseaux moyens du derme on constatait la présence de véritables caillots constitués par de la fibrine coagulée en faisceaux épais et adhérant par place à la paroi vasculaire. Il s'agissait donc d'une dyscrasie sanguine ayant amené des thromboses capillaires; en un mot d'un purpura par infarctus hémorragique.

Vient ensuite un essai de classification des purpuras que l'auteur divise en trois groupes :

A. Purpura par modification des vaisseaux.
B. — — du sang.
C. Purpura nerveux.

H. DANLOS.

Purpura chloroformique, par MOREL-LAVALLÉE (*Ann. de dermat. et de syph.*, *février* 1884).

Chez trois malades à qui on administrait le chloroforme, il s'est produit au début de l'inhalation en une seule poussée et dans l'espace d'une à deux minutes une éruption discrète de taches purpuriques d'un diamètre moyen de 3 à 4 millimètres. Le sang y affluait avec assez de force, pour que quelques-unes de ces taches se soient immédiatement transformées en bulles sanguines.

L'auteur rapproche cette éruption des purpuras par émotion violente.

H. DANLOS.

Zur Kenntniss des Pemphigus acutus, par RIEHL (*Wien. med. Woch.*, *n°* 51, 1883).

Un enfant de 14 jours est apporté à la consultation de la clinique dermatologique de Vienne avec une éruption de pemphigus qui a débuté à l'âge de six jours. Il est nourri par sa mère, qui ne présente aucun symptôme de syphilis ; père également sain. Les bulles, remplies de sérosité plus ou moins claire, siègent aux joues, au front, aux extrémités inférieures ; elles sont tellement étendues et confluentes au cou, à la poitrine et au ventre, qu'on pourrait croire à l'existence de vastes brûlures. La peau qui les entoure est érythémateuse.

Pas de fièvre ; pas de lésion viscérale, pas d'albuminurie, pas de réaction générale.

Les bulles persistent une vingtaine de jours, puis elles crèvent et sont remplacées d'abord par des lames épidermiques ; nulle part il ne se produit de tissu cicatriciel. Le poids de l'enfant augmente.

L'examen du liquide n'y révèle que des globules blancs, mais l'auteur constate, dans les enveloppes épidermiques des bulles et dans les lames croûteuses, un grand nombre de champignons : gonidies formant des amas entre les couches épidermiques, remplissant les follicules pileux et les canaux des glandes sudoripares ; quelques tubes de mycélium isolés ou entourés de gonidies. Ces éléments n'ont pas une analogie absolue avec ceux de l'herpès tonsurant et du pityriasis versicolor : il n'y a donc pas de confusion possible.

L'auteur est disposé à accorder à ces champignons un rôle important dans l'étiologie de la variété de pemphigus qu'il observe ici, et où l'apyrexie, la bénignité du processus, l'absence de réaction générale, doivent faire admettre une infection limitée au tégument externe. On compren-

drait ainsi facilement la propagation de la maladie par le contact des nourrices et la fréquence des épidémies de pemphigus chez les nourrissons ; la peau délicate de ces sujets favorise le développement des parasites. Comme la sérosité des bulles ne contient pas de champignons, elle n'a pu servir à inoculer la maladie. L. GALLIARD.

Du pemphigus chez les hystériques, par FRANCESCHI (*Thèse de Paris*, 1884).

Le pemphigus peut se rencontrer dans les névroses et particulièrement dans l'hystérie. Dans celle-ci il présente une marche spéciale. On le remarque surtout au moment de la menstruation. Sa distribution est irrégulière et son évolution rapide. Les bulles, en se desséchant, forment des croûtes squameuses laissant après elles des macules brunes qui peuvent être indélébiles. Pronostic sans gravité, traitement ordinaire. L'auteur croit que la maladie résulte d'un affaiblissement de l'action trophique.

H. DANLOS.

Étude sur une variété de toxicodermie observée chez les plumassières, par de MOLÈNES et LERMOYEZ (*Ann. de dermat. et de syph.*, *avril* 1884).

Le mal s'est déclaré quelques jours après l'introduction, dans l'atelier où travaillaient ces malades, de plumes à bon marché nuance vieil or. La matière colorante de celles-ci examinée au laboratoire municipal fut reconnue comme un mélange de différents orangés d'aniline encore incomplètement séparés de produits empyreumatiques irritants.

L'éruption, qui se limite aux mains, sur lesquelles elle prend son intensité maximum, et aux pieds, débute par de petites vésicules et des démangeaisons dans les espaces interdigitaux. De là elle s'étend à la face dorsale et à la paume des mains, qui devient bientôt le point où les lésions sont les plus marquées. Il s'y produit d'abord des vésicules profondément enchâssées dans l'épiderme, analogues à celles de la dysidrose ; puis ces vésicules augmentent et confluent de manière à donner naissance à de larges phlyctènes comparables à celles que déterminent les brûlures. Le contenu de celles-ci, d'abord transparent, devient bientôt trouble, n'est nullement concrescible et disparaît sans former de croûtes par résorption ou rupture. Pendant la période d'augment, le prurit du début se change en une cuisson très vive et les vésico-bulles s'entourent d'une auréole rouge. Aux pieds mêmes phénomènes, mais moins intenses, et souvent limités au bord interne. La troisième phase du mal est caractérisée par l'exfoliation de l'épiderme qui recouvrait les bulles ; exfoliation qui, sous forme de débris plus petits, atteint, comme dans l'eczéma, le premier épiderme de réparation. La durée de cette poussée est de quatre à six semaines, et la guérison entravée généralement par une rechute légère qui survient même spontanément vers le début du deuxième mois.

Au début on observe des phénomènes d'embarras gastrique et de la fièvre, qui disparaissent avant que l'éruption n'ait pris sa plus grande intensité. C'est pour cette raison que les auteurs considèrent l'affection qu'ils décrivent plutôt comme une intoxication que comme une dermite de cause externe.

L'éruption cutanée pourrait simuler, suivant son degré, plusieurs affections cutanées (gale, eczéma, dysidrose, etc.), mais le diagnostic différentiel est facile en raison de la teinte jaune vieil or qui imprègne avec persistance la peau des parties malades et ne disparait qu'à la chute de l'épiderme. H. DANLOS.

Considérations sur les onyxis diathésiques et en particulier sur l'onyxis congénital et héréditaire, surtout au point de vue du traitement, par BROCHARD-RIGAUD (*Thèse de Paris*, 1883).

L'intérêt de ce travail est dans la relation d'une forme non décrite d'onyxis. Il s'agit de deux faits d'altérations congénitales des ongles observés par Lailler sur deux frères dont le père avait présenté la même affection. Dans les deux cas, le mal était limité aux mains. En l'absence d'irritation, les ongles sont très fortement incurvés et comme pliés suivant l'axe du doigt. L'espace ordinairement libre entre l'ongle et le lit unguéal était comblé par des couches cornées superposées, irrégulières, grisâtres ou noires, qui pouvaient présenter jusqu'à un demi-centimètre d'épaisseur. L'ongle soulevé par elles est plus ou moins modifié dans sa structure et ses dimensions leur adhérait intimement. Les phalanges unguéales tuméfiées, renflées en baguette de tambour, étaient sillonnées par des plis et des rangées papillaires plus saillantes que d'habitude. La tuméfaction était surtout marquée au niveau de la matrice unguéale. Sous l'influence des traumatismes, une suppuration des couches intermédiaires à l'ongle et au lit unguéal se développait pour céder à des soins de propreté et à l'iodoforme. L'auteur n'a pu trouver de faits analogues dans la science. H. DANLOS.

Zur Therapie der schweren Lupusformen, par Ernst SCHWIMMER (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1884).

L'acide pyrogallique n'ayant pas donné tous les résultats qu'on en attendait, l'auteur lui joignit l'emplâtre mercuriel et procéda de la façon suivante dans vingt cas de lupus grave et très étendu.

A l'entrée du malade à l'hôpital on applique pendant plusieurs jours de la vaseline sur la région malade pour faire tomber les croûtes. Ensuite on emploie pendant 4, 6 ou 7 jours, suivant la sensibilité plus ou moins grande des parties, une pommade pyrogallique à 10 0/0 qu'on renouvelle 2 ou 3 fois en 24 heures. Au bout de ce temps, pendant plusieurs jours on recourt de nouveau à la vaseline, après laquelle on applique un emplâtre gris. La cicatrisation s'opère sur la plus grande partie de la surface au bout de 10 ou 14 jours. On recommence alors, sur les parties non cicatrisées, toute la suite du traitement; quelquefois même on recours une troisième fois aux mêmes moyens, mais jamais davantage.

La durée des cas les plus récalcitrants n'a pas dépassé 3 ou 4 mois, mais les récidives peuvent se montrer. M. SCHACHMANN.

Lupus and its relation to tuberculosis, par R. MORISON (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, *p.* 411, 1884).

L'auteur a examiné par la méthode d'Ehrlich des fragments excisés,

pendant la vie, de 10 cas de lupus; les résultats ont toujours été négatifs, et aucun bacille de Koch n'a pu être décelé. Il n'a pas été fait de tentative d'inoculation. A. CHAUFFARD.

Des applications locales de créosote et de calomel dans le traitement du lupus, par Alvarado FRANCHY (*Thèse de Montpellier, n° 1, 1884*).

L'auteur rapporte trois observations de lupus recueillies à l'hôpital de Nîmes, dans le service du Dr Pleindoux et traitées avec succès par les applications de créosote et calomel. Les applications se font au moyen d'un pinceau imbibé préalablement de créosote, puis saupoudré de calomel. Les badigeonnages doivent être répétés tous les jours. Ils auraient l'avantage d'amener une amélioration très rapide, sans colorer la peau en brun ou en noir, comme cela a lieu après l'emploi de l'huile de cade ou du goudron. Dans la première observation rapportée par Alvarado Franchy, l'amélioration a été assez rapide; tous les autres moyens employés jusque-là (anti-strumeux internes et externes) avaient échoué. A. MOSSÉ.

Aphoristiches über die Behandlung der Eczeme (Du traitement des eczémas), par AUSPITZ (*Wien. med. Woch., n° 49, 1883*).

Pick a montré aux médecins de Prague des malades chez qui l'application de la traumaticine chrysarubique et pyrogallique d'après les conseils d'Auspitz a déterminé une vive irritation de la peau et des conjonctives. Cet auteur se justifie en déclarant qu'il n'a pas conseillé la solution pyrogallique, mais l'autre seulement; que le médicament bien employé ne doit irriter ni la peau malade ni la peau saine ; qu'il est facile d'éviter la conjonctivite.

Si les dermatoses aiguës sont justiciables de la traumaticine comme les lésions épidermiques et cornées, c'est que ces dermatoses, l'eczéma, par exemple, peuvent aussi revêtir à certaines périodes le caractère des affections squammeuses. La thérapeutique doit s'inspirer des variations du processus.

L'eczéma aigu peut se traiter par l'eau, les émollients, les cataplasmes, le glycérolé d'amidon ou par les pommades à l'axonge, à la vaseline, avec l'oxyde de zinc, par exemple. L'acide salicylique s'applique bien à la seconde période de la maladie. Quand il y a une infiltration profonde de la couche papillaire et que la lésion dure longtemps, Hebra conseille un composé d'emplâtre diachylon et de graisse à parties égales ; l'auteur y substitue 20 parties d'emplâtre diachylon simple liquide pour 30 ou 40 de vaseline.

L'eczéma chronique est combattu par d'autres moyens, goudron sous différentes formes, acide phénique, acide salicylique. L'auteur applique avec un pinceau le mélange suivant :

Acide salicylique dissous dans l'alcool		1 gramme.
Traumaticine	—	15 ou 20 grammes.

L. GALLIARD.

Sur la transmissibilité de la lèpre aux animaux, par R. CAMPANA (*Archiv. Ital. de Biologie, fasc. II, p.* 185).

L'auteur ne croit pas que la lèpre puisse se transmettre aux animaux par inoculation comme la tuberculose; ce qui est vrai c'est que dans les fragments d'ulcérations lépreuses transplantés on trouve pendant très longtemps des bacilles lépreux, que ceux-ci entrent dans l'intérieur des globules blancs et qu'ils peuvent même donner naissance à des cellules géantes. Mais il n'y a là rien de particulier à la lèpre, car les mêmes altérations peuvent se rencontrer toutes les fois qu'un corps, même inerte, se trouve en contact avec des globules blancs, ou plus généralement avec des éléments cellulaires vivants. Campana repousse donc l'hypothèse d'une lèpre locale décrite par certains observateurs, car dans aucun cas il n'a observé le néoplasme lépreux avec ses caractères anatomiques complexes et constants, avec sa permanence, avec sa progressivité, avec la possibilité d'être de nouveau transplanté. Si, au point inoculé, on retrouve longtemps après la date de l'expérience des bacilles de la lèpre, c'est qu'ils y ont été conservés comme on peut le faire dans tout liquide albuminoïde stérilisé, mais ils ne s'y multiplient pas. C. GIRAUDEAU.

On the bacillus of leprosy, par George THIN (*Medico-chir. Transact. LXVI, p.* 315, 1883).

Mémoire confirmant absolument les recherches de Hansen et de Cornil. Le point intéressant est la démonstration de l'identité de la lèpre quelle que soit son origine. Les spécimens de lèpre étudiés par Thin proviennent de la Chine et de Demerara : ils montrent le bacille occupant les parties profondes de la peau, beaucoup plus rarement l'épiderme, et localisés exactement comme l'a indiqué Cornil. L'auteur a pu voir, sur la coupe d'un vaisseau lymphatique, des corpuscules de la lymphe infiltrés de bacilles, ce qui montre par quelle voie ces micro-organismes sont transportés au sein des tissus, et vont coloniser sur diverses régions du corps.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner le larynx d'un lépreux provenant d'Australie, il a retrouvé le bacille avec ses caractères identiques.

H. R.

Beobachtungen uber Trichorhexis nodosa (Observation sur la trichorhexie noueuse), par Hermann EICHHORST (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VII, supplement p.* 58, 1884).

Eichhorst a observé un malade atteint de trichorhexie noueuse; les poils de la barbe présentaient une série de petits renflements, au niveau desquels le poil se cassait ou présentait une brusque inflexion. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait dans ce cas d'une accumulation de globules graisseux dans la substance médullaire du poil.

M. DEBOVE.

De l'hrythème trichophytique, par P. DUCROHET (*Thèse de Paris*, 1883).

L'érythème trichophytique caractérisé macroscopiquement par des

plaques rouges ou brunâtres, un peu saillantes et squameuses à marche centrifuge siège surtout aux aînes et aux aisselles. Le trichophyton s'y montre avec un développement remarquable de ses éléments myceleux et sporiques. C'est un trichophyton géant, qui dans bon nombre de cas respecte les poils. La maladie a spontanément peu de tendance à la guérison et dure indéfiniment. Guérie, elle récidive facilement. Plus fréquente dans les pays chauds qu'en France, elle paraît moins contagieuse que l'herpès circiné et les autres formes de trichophyte. Pas de diagnostic certain sans examen histologique. Les soins de propreté aidés d'applications parasiticides (teinture d'iode, acide pyrogallique, turbith minéral) amènent une guérison rapide. H. DANLOS.

Des principales applications de l'acide acétique (acide pyroligneux rectifié) dans le traitement de la teigne tondante et de quelques autres affections cutanées, par M. MONIQUE (*Thèse de Paris*, 1883).

L'acide pyroligneux rectifié a été employé au traitement de diverses affections cutanées parasitaires (trichophytie, pityriasis versicolor) ou constitutionnelle (eczéma, psoriasis, lupus.) C'est dans la teigne tondante et l'eczéma pilaire que l'on a obtenu les meilleurs résultats.

Pour la première, on emploie l'acide pyroligneux à 6° Beaumé ou une solution d'égale concentration 50 0/0 d'acide cristallisable. Avec un pinceau à soies rudes imprégné d'acide, on fait chaque matin pendant trois jours une friction énergique sur les plaques. Une dermite légère en est la conséquence ; elle détermine l'exfoliation des gaines bulbaires imprégnées de spores et est suivie quelquefois de la guérison. Il faut pour pouvoir constater celle-ci attendre la reproduction des poils ; s'ils repoussent cassants et infiltrés de spores on recommence une deuxième et au besoin plus tard d'autres séries de trois frictions.

Sur quelques malades Lailler a dû en faire jusqu'à huit et dix séries. Ce traitement plus simple, mais non plus rapide que l'épilation à la pince a sur le cosmétique à l'huile de croton l'avantage de ne jamais donner d'alopécie.

Dans les affections cutanées non parasitaires on se sert de solutions plus faibles (acide à 4°) dont on augmente la concentration si elles sont bien supportées. L'eczéma sec, l'eczéma pilaire et le lupus érythémateux ont été avantageusement modifiés. H. DANLOS.

L'acide chrysophanique administré par les voies stomacale et hypodermique dans le traitement des maladies de la peau, par STOCQUART (*Ann. de dermat. et de syphil., janvier* 1884).

Soixante et un malades atteints d'affections diverses, et soumis à cette médication, sans aucun traitement local, ont donné cinquante-six guérisons. Les cas d'acné (sauf un) d'impétigo, de pityriasis, d'urticaire ont rapidement cessé. Les eczémas aigus et impétigineux des enfants ont guéri avec une promptitude remarquable. Dans le lichen et le prurigo, la [illegible] de la suppression du prurit. Cinq cas de pso- [illegible] complets, une amélioration et une guérison

Comme dose moyenne l'auteur conseille de s'arrêter à 1 centigramme pour les enfants et 3 centigrammes pour les adultes. Dans ces limites, le médicament est généralement bien toléré. Il peut cependant, chez certains sujets provoquer, même à ces doses, de l'inappétence, des nausées, des battements cardiaques, avec anxiété précordiale et constriction à l'épigastre, des vertiges, des vomissements et des frissons. En général, ces accidents ne se produisent qu'à dose plus élevée. Par exception, certains individus absorbent impunément des quantités considérables.

Administré en injections hypodermiques, l'acide chrysophanique agirait avec la même efficacité et plus rapidement même. C'est là toutefois une méthode dangereuse car si l'injection n'est pas immédiatement douloureuse elle est presque invariablement suivie, même aux doses les plus faibles, un milligramme ou moins encore, d'une réaction inflammatoire qui débute au bout de deux jours environ et aboutit souvent à la suppuration. H. D.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

De la syphilis du singe, par MARTINEAU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 *mars* 1884).

Le singe qui, en septembre, présentait une syphilide ulcéreuse du voile du palais fut pris le 29 octobre d'une attaque épileptiforme caractéristique, avec pâleur de la face, écume à la bouche, tremblement convulsif des membres.

Le 3 décembre une syphilide papulo-hypertrophique du volume d'une pièce de 5 francs se développait sur la moitié droite du scrotum ; au mois de janvier elle en recouvrait toute la moitié droite et supérieure, et était hérissée de papules érodées et suintantes : l'induration prononcée du début ne faisait que s'accentuer ; le testicule paraît indemne.

Le 18 janvier, on voit une éruption papulo-érosive sur le voile du palais consistant en quatre petites papules lenticulaires, à contours nets, d'un rouge sombre.

Le 24 janvier elles ont disparu, et on voit la cicatrice blanche linéaire de la syphilide ulcéreuse survenue au mois de septembre précédent. H. L.

Sulla trasmissione della sifilide agli animali, par L.-M. PETRONE (*Gaz. med. Ital. Lombardia*, 2 *août* 1884).

Petrone a inoculé, sous la conjonctive oculaire de 24 animaux (chats, chiens, lapins) la sécrétion des fragments de chancres indurés.

Les animaux, gardés en surveillance pendant plus de quatre mois, n'ont eu aucune manifestation syphilitique. Chez deux on a observé des signes de tuberculose oculaire au bout d'une quinzaine. A l'autopsie l'infection tuberculeuse était manifeste, mais il n'y avait aucune lésion syphilitique.

Des fragments des organes devenus tuberculeux ont été inoculés sous la peau d'autres animaux et ont donné naissance à une tuberculose généralisée. A. C.

Syphilis héréditaire tardive. Altérations dentaires. Phtisie pulmonaire syphilitique guérie par DUBOUSQUET-LABORDERIE et Ern. GAUCHER (*Revue de médecine, p.* 663, 10 *août* 1884).

Il s'agit d'une enfant, âgée de huit ans et demi, jusque-là bien portante, chez laquelle on constata tous les signes d'une excavation au sommet droit et qui fut pendant plusieurs mois considérée comme tuberculeuse. Au bout de ce temps on s'aperçut qu'il se formait au-devant du sternum une collection liquide qui, ponctionnée à l'aide de l'appareil Potain donna issue à un verre de liquide puriforme, gélatineux et filant.

L'idée de la syphilis se présenta alors à l'esprit des médecins qui la suivaient et comme cette enfant avait en outre des altérations dentaires analogues à celles décrites par Hutchinson, comme son père plusieurs années auparavant avait eu des maux de gorge, des douleurs ostéocopes, etc., on soumit l'enfant au sirop de Gibert. Quelques jours après le diagnostic de syphilis héréditaire fut confirmé, car le père de l'enfant vint consulter M. Dubousquet pour une onyxis et une périonyxis ulcéreuse de la main gauche qui avait résisté à une foule de topiques et qui guérit en quinze jours sous l'influence du sirop de Gibert. Quant à l'enfant, après avoir été soumise successivement à l'emploi du sirop de Gibert, des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, elle fut guérie complètement et de ses accidents pulmonaires et de sa gomme sternale au bout de deux mois. Le principal intérêt de cette observation consiste en ce qu'elle montre que la syphilis héréditaire peut comme la syphilis acquise, déterminer tardivement une pneumopathie dont les symptômes sont absolument semblables à ceux de la phtisie tuberculeuse, mais qui est curable par le traitement spécifique. C. GIRAUDEAU.

Ueber die syphilitischen Erkrankungen der Respirationsorgane bei Kindern, par JURASZ (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 2, *p.* 32, 14 *janvier* 1884).

Dans la syphilis héréditaire, les organes respiratoires peuvent être pris soit dès la vie fœtale, soit seulement après la naissance. Dans la première alternative, c'est le poumon qui est presque exclusivement atteint, tantôt sous forme d'hépatisation blanche ou de gomme, tantôt même par les deux ordres de lésions réunies.

Au contraire, lorsque la syphilis héréditaire ne se manifeste sur les voies respiratoires que postérieurement à la naissance, c'est l'affection nasale qui prédomine, à tel point que le coryza peut être considéré comme pathognomonique. La nécrose des os et cartilages nasaux est d'ailleurs très rare, de même que l'ozène.

En outre du nez, les organes affectés sont le pharynx et le larynx.

Rarement on observe dans le larynx des processus d'hyperplasie ou des périchondrites. J. B.

Ueber syphilitische Neuralgien, par SEELIGMÜLLER (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 43, *p.* 671, 22 *octobre* 1883).

Seeligmüller est disposé à regarder comme typique la localisation de la névralgie syphilitique, dans laquelle les douleurs spontanées, comme

les douleurs à la pression, restent cantonnées à l'intérieur d'une bande de deux à trois travers de doigt, s'étendant d'une oreille à l'autre, par dessus le crâne, occupant ainsi le territoire des nerfs auriculo-temporaux et occipitaux. En peu de jours, des douleurs ainsi limitées et rebelles aux autres remèdes antinévralgiques, ont cédé à de petites doses d'iodure de potassium.

Bien entendu, il ne faut pas confondre la périostite crânienne avec cette névralgie. J. B.

Iodure intus. Mercure extra. Myélite grave. Guérison par PETITHAN (*Arch. méd. belge, août* 1884).

Lorsque l'on donne à un homme de l'iodure de potassium et que quelques minutes après on lui fait une injection hypodermique d'un sel mercurique, on détermine dans un temps très court, mais variable, une salivation assez abondante, un goût métallique ou acide, quelquefois des nausées, un abaissement du pouls et de la température suivi d'une réaction. C'est ainsi que procède Petithan dans le traitement de la syphilis, et ce traitement lui a paru activer la guérison.

Dans un cas de myélite grave chez un syphilitique, il a agi de même et a eu un succès ; l'injection hypodermique était remplacée par un vésicatoire pansé avec de l'onguent mercuriel. C. Z.

Ueber Lungensyphilis und syphilitische Phthisis (De la syphilis pulmonaire et de la phtisie syphilitique), par HILLER (*Charité Annal., IX Jahrg, p.* 184).

Ce mémoire est surtout une compilation de tous les travaux antérieurs sur la question, que Hiller résume dans un tableau renfermant 87 observations de syphilis pulmonaire plus ou moins bien établie. Si la syphilis détermine parfois des foyers de pneumonie interstitielle, une hépatisation blanche, ou une infiltration gélatineuse des poumons, si l'existence de gommes pulmonaires est relativement fréquente, il n'est nullement établi que la dénomination de « phtisie syphilitique » soit jamais justifiée. Les soi-disantes cavernes ne sont d'ordinaire que des bronchectasies, et les phénomènes cachectiques font habituellement défaut, sauf chez les individus antérieurement déprimés.

La syphilis pulmonaire se caractérise d'habitude par une dyspnée très accusée, avec peu ou point de fièvre, peu ou point de phénomènes généraux, une expectoration peu abondante. Le diagnostic présente les plus grandes difficultés quand l'examen laryngoscopique ou rhinoscopique ne vient pas lever les doutes. La recherche des bacilles dans les crachats serait ici d'une importance majeure.

Hiller rapporte enfin deux observations personnelles. La première a trait à une femme de 45 ans chez qui, en dehors d'altérations syphilitiques tertiaires multiples on trouva, à l'autopsie, une laryngite et une bronchite déformantes avec rétrécissement de la trachée et des bronches, et, en outre, une pneumonie gélatineuse droite, une sclérose pulmonaire diffuse avec pleurésie adhésive et lymphadénite bronchique gommeuse.

Chez la seconde malade, âgée de 52 ans, on trouva des lésions pulmonaires analogues avec des altérations syphilitiques du foie et une dégénérescence amyloïde du foie, des reins, de la rate, de l'intestin. L. D.-B.

Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis, par P. SALLÉ (*Thèse de Paris*, 1884).

Dans ce travail l'auteur essaie de démontrer que l'on peut admettre six formes de lymphopathies.

1° Une lymphangite aiguë *simple* survenant comme épiphénomène consécutivement à l'irritation d'une ulcération spécifique.

2° Une lymphopathie aphlegmasique siégeant sur les lymphatiques efférents du chancre.

3° Une lymphopathie secondaire développée sous l'influence de la diathèse, et indépendante de toute lésion locale.

4° Une lymphopathie tertiaire due probablement à une sclérose des vaisseaux.

5° Une inflammation spéciale liée à l'apparition tardive de la syphilis héréditaire.

6° Des lymphopathies viscérales tertiaires. H. DANLOS.

Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise par J. BRUNCHER (*Thèse de Nancy*, 1883).

Voici quelques-unes des conclusions du travail de Bruncher; elles sont basées sur l'étude de 94 observations dont plusieurs personnelles.

Les otopathies antérieures favorisent les déterminations morbides de la syphilis sur l'oreille.

Le labyrinthe et l'appareil nerveux semblent être atteints, de préférence aux autres parties de l'appareil auditif, soit par propagation, soit même d'emblée.

Dans la *syphilis acquise* la période primitive n'offre que peu de lésions : (*a*) le chancre du pavillon (très rare), (*b*) l'infection accidentelle par la trompe d'Eustache.

La période secondaire présente, outre des syphilides du pavillon et du conduit : l'otite aiguë externe; l'otite aiguë ou chronique de la caisse, sèche, scléreuse, catarrhale ou même purulente; des troubles labyrinthiques parfois isolés, le plus souvent combinés aux troubles de l'oreille moyenne; des manifestations osseuses ou nerveuses centrales précoces avec retentissement sur l'ouïe.

A la période tertiaire on observe des gommes du pavillon, du conduit, du pharynx; des lésions osseuses diverses, avec complications, du côté du nerf auditif, des méninges et de l'encéphale; des troubles d'origine centrale.

Dans la *syphilis congénitale*, on rencontre des troubles trophiques du pavillon, des lésions osseuses avec otorrhée ou des affections rapides du labyrinthe et du nerf. P. PARISOT.

Syphilis tardive. Lésions du foie, par BARTHÉLEMY (*Arch. gén. de méd., mai et juin* 1884).

Le mémoire basé sur 32 observations établit l'existence de manifestations tardives de la syphilis héréditaire sur le foie. Plusieurs formes cliniques se dégagent des faits ; elles sont pour l'auteur au nombre de

quatre : forme congestive, hépatite interstitielle diffuse et forme mixte scléro-gommeuse, forme gommeuse, forme amyloïde et forme mixte amylo-gommeuse.

La forme congestive manque de substratum anatomique. Elle répond à certains cas mal déterminés dans lesquels une légère sensibilité avec hépatomégalée, une teinte subictérique, des troubles gastro-intestinaux constituent les seuls symptômes. Mais ces phénomènes sont rebelles à toute autre médication que le traitement spécifique.

La forme scléreuse (hépatite interstitielle diffuse) souvent associée à des gommes (forme mixte scléro-gommeuse) est caractérisée par un foie plus ou moins déformé, en état cachectique qui va rapidement progressant, de l'ascité et tous les signes résultant de la gêne de la circulation porte. A l'autopsie on constate de la périhépatite, un foie sclérosé, hypertrophié irrégulièrement, lobulé par de profonds sillons, une grosse rate.

La forme gommeuse passe souvent inaperçue pendant la vie et du reste les troubles généraux de la santé qui la caractérisent dépendent pour une bonne part de lésions similaires d'autres organes et particulièrement des reins. Ce sont, en effet, les scléroses rénales qui emportent la plupart des syphilitiques héréditaires, même dans l'hérédité tardive.

La forme amyloïde la plus grave est suffisamment connue par sa manifestation habituelle. Elle est l'aboutissant des syphilis héréditaires tardives graves.

Inutile de rappeler toute l'importance au point de vue du diagnostic, des signes désormais classiques de la syphilis héréditaire tardive, ni l'influence rapidement curative du traitement spécifique dans les cas en apparence les plus désespérés. P. MERKLEN.

Ueber Enteritis bei Lues hereditaria, par Franz MRACEK (*Viertel. f. Derm. u. Syph.*, *p.* 209, 1883).

Les lésions de l'intestin dans la syphilis héréditaire coexistent toujours avec d'autres ulcérations dans divers organes (foie, cerveau, poumon, etc.). Elles ne se constatent jamais avant le septième mois de la grossesse et peuvent, dans le huitième, avoir atteint le maximum d'intensité. Elles se présentent sous deux formes: celle de lésions spécifiques dont le caractère syphilitique est indéniable ; et celle de lésion inflammatoire simple.

Les lésions d'apparence spécifique se montrent sous forme d'infiltration, de nodules disséminées. Sous ces deux aspects leur lieu d'élection est la partie supérieure de l'intestin grêle; mais elles peuvent siéger sur toute l'étendue du tube intestinal. L'infiltration se produit autour des plaques de Peyer et à l'intérieur de celles-ci ; les nodules n'offrent aucun rapport avec les éléments glandulaires de la muqueuse. Microscopiquement la lésion se reconnaît à l'épaississement et au changement de couleur de la muqueuse jaunâtre ou rouge au niveau des néoplasmes. Sur le péritoine ceux-ci provoquent souvent à leur niveau une altération variant depuis un faible degré d'infection avec aspect trouble et dépoli jusqu'à des plaques exsudatives. Au niveau des points malades la muqueuse montre quelqufois une hypertrophie de ses papilles rendues turgescentes par l'infiltration néoplasique, plus souvent au contraire elle apparaît lisse

ou dépapillée soit qu'il y ait eu fonte nécrobiotique des villosités, soit que celles-ci disparaissent au sein de l'exsudation, moins forte à leur niveau que dans leur intervalle. Dans quelques cas, et cette disposition est spéciale à la forme infiltrée, on trouve les plaques de Peyer entourées d'un bourrelet néoplasique saillant et présentant elles-mêmes un aspect réticulé. Cette apparence tient à ce que la production néoplasique est moins rigoureuse au niveau des follicules que dans leur intervalle. Elle disparaît quand la prolifération est excessive. Infiltrée ou nodulaire, la néoplasie peut par fonte nécrobiotique déterminer des ulcérations et même des perforations suivies, *post partum* ou même *in utero*, de péritonites.

Histologiquement le processus est le même dans les deux formes; il consiste en une prolifération de petites cellules rondes. Le point de départ est la tunique adventice des artérioles ; celles du réseau périphérique et intérieur des plaques dans la forme infiltrée; celles du plexus sous-muqueux et du plexus intermédiaire aux deux tuniques musculaires pour la forme en nodule. Les veines et les lymphatiques participent à peine à la maladie.

La lésion inflammatoire d'apparence vulgaire qui accompagne les deux précédentes se traduit par une rougeur diffuse de l'intestin dans une grande partie de son étendue et histologiquement par une infiltration cellulaire diffuse jointe à des altérations de l'épithélium. L'auteur lui accorde une importance prépondérante. C'est d'elle que dépendrait la diarrhée incoercible qui tue tant d'enfants syphilitiques. Elle pourrait également déterminer une altération du mécanisme, le retard de son expulsion et quelquefois des exsudations pseudo-membraneuses. Malgré son apparence de lésion vulgaire, ce catarrhe serait spécifique au même titre que les autres lésions; l'auteur en donne pour preuve sa coexistence habituelle avec des lésions spécifiques, sinon dans l'intestin, du moins sur d'autres organes et l'absence de toute autre influence étiologique. H. DANLOS.

Einige Fälle von Syphilitischen Gelenkaffektionen (Quelques cas d'arthropathies syphilitiques), par A. LANDERER (*Arch. f. klin. Chir.*, *B. XXX. p.* 217).

Confirmant les opinions de Max Schüller, l'auteur signale, à l'appui de 7 observations d'arthropathies syphilitiques tertiaires chez des adultes, le polymorphisme et les difficultés du diagnostic de la syphilis articulaire. Une de ces observations concerne la hanche, une le coude et le genou, une les deux genoux, et quatre un seul genou. Toutes les arthrites du genou se sont présentées sous la forme d'épanchements séreux subaigus ou chroniques.

Au point de vue pathogénique, 4 de ces arthropathies proviennent de l'évolution, au voisinage de l'articulation, d'une gomme périarticulaire.

Au point de vue du diagnostic, une de ces affections est survenue en même temps qu'une poussée de syphilis tertiaire; le diagnostic dans ce cas ne saurait être douteux. Dans les autres cas, l'arthropathie a été la seule manifestation présente de la syphilis, et le diagnostic est alors très difficile. Toutefois, Landerer indique certains caractères qui, indépendamment du succès du traitement antispécifique, peuvent servir au diagnostic, tels sont : la discordance entre le degré élevé des troubles

fonctionnels et le faible degré des altérations anatomiques, la forte tension du liquide intra-articulaire, la fréquence des douleurs nocturnes ostéocopes, l'engorgement des ganglions correspondants, la coexistence d'accidents syphilitiques, etc.

Les altérations anatomiques sont, en effet, très faibles, si bien que la confusion est facile avec une simple arthralgie (obs. 3) : le plus souvent on n'observe qu'une simple hydarthrose aiguë ou chronique.

Certaines fongosités d'origine spécifiques peuvent être confondues avec les fongosités tuberculeuses; Landerer fait remarquer que le foyer provoqué par une gomme ou une périostite syphilitique est toujours plus circonscrit et plus dur.

Enfin, certaines arthropathies revêtent la forme du rhumatisme polyarticulaire ; elles s'en distinguent par l'absence de fièvre. DE SANTI.

Des fractures chez les syphilitiques, par L. GELLÉ (*Thèse de Paris*, 1884).

Ce travail synthétique très complet, dans lequel l'auteur étudie à l'aide de documents très nombreux l'influence de la syphilis sur la prostration et la consolidation des fractures , et réciproquement celle des fractures sur la localisation des syphilomes, peut se résumer ainsi :

Dans la *syphilis héréditaire* on peut observer, chez les nouveau-nés, deux ordres de lésions : des décollements épiphysaires et des fractures soit juxta-épiphysaires, soit au milieu même de la diaphyse. Chez les enfants plus âgés, ce sont des fractures qui évoluent et se consolident sans traitement spécifique comme chez des individus sains, bien que dans quelques cas, l'enfant ait présenté, quelque temps après, des lésions spécifiques nettes, gommes, etc.

La syphilis osseuse appartient presque toujours à la période tertiaire.

A. Elle constitue une prédisposition aux fractures soit par altération générale du système osseux (rare), soit par suite d'une localisation sur l'os fracturé.

B. Retarder dans quelques cas la consolidation des fractures et peut déterminer une pseudarthrose.

C. Provoque quelquefois l'ulcération spécifique de la plaie en voie de cicatrisation dans une fracture compliquée.

Réciproquement le cal d'une fracture consolidée est un lieu de moindre résistance sur lequel peut ultérieurement se localiser la vérole sous formes de périostoses, gommes syphilides cutanées circonscrites. H. DANLOS.

Contribution à l'étude des gommes de la peau, par F. BALZER (*Revue de Médecine, p.* 609, 10 *août* 1884).

L'étude histologique des gommes cutanées a montré à M. Balzer que les nodules gommeux primitifs passent par deux périodes bien distinctes. La première ou phase inflammatoire correspond à la formation des nodules autour des vaisseaux. Cette phase correspond à la période de crudité de la tumeur gommeuse. La seconde période ou de dégénérescence est constituée par l'oblitération vasculaire, la nécrose avec coagulation, la désintégration granuleuse, processus qui aboutissent à la formation

d'un foyer caséeux. Arrivé à cette période, le processus peut achever son évolution de deux manières différentes. Le noyau caséeux s'enkyste en s'enveloppant d'une zone scléreuse qui se resserre sur lui de plus en plus jusqu'à ce qu'il disparaisse par résorption ou bien le foyer s'agrandit par la dégénérescence progressive des nodules gommeux embryonnaires qui l'entourent. Cette évolution se poursuit jusqu'à ce que l'inflammation attaque l'épiderme. Il y a alors ulcération et élimination progressive du contenu ramolli des foyers gommeux. C. GIRAUDEAU.

Quelques mots sur les injections hypodermiques de calomel dans le traitement de la syphilis, par JULLIEN (*Ann. de derm. et de syphilis, février* 1884).

Cette méthode a été imaginée en 1864 par Scarenzio. Reprise et appliquée par Smirnoff à un grand nombre de malades, elle serait plus économique, plus rapide et plus sûre que toute autre, car elle n'exigerait que quelques semaines et 40 centigrammes de calomel pour amener la guérison.

Le liquide d'injection est la glycérine contenant un dixième de calomel. On pratique dans chaque fesse une injection de 10 centigrammes de calomel (soit 20 centigrammes par séance). Malgré ces précautions, les abcès sont fréquents. Ils sont d'ailleurs très circonscrits, et se voient principalement chez les femmes. Grâce à la précaution de pratiquer l'injection dans le tissu cellulaire des fesses, lors du trajet de l'aiguille dans la peau, les abcès du foyer jadis très fréquents sont presque toujours évités. Trois semaines après les premières injections, on recommence de la même manière et aux mêmes doses.

Ce mode de traitement serait supérieur même aux frictions. Il est applicable aux tout petits enfants qui, après l'injection de 3 à 6 centigrammes dans les fesses, ne paraissent pas souffrir, dorment et tètent bien. Sur des enfants plus âgés, 6 à 20 centigrammes auraient suffi pour amener la disparition complète de tout accident secondaire ou tertiaire.

H. DANLOS.

I. — Le sous-nitrate de bismuth contre les plaies vénériennes et les affections cutanées, par PETERSEN (*Vracht, n°* 16 ; 1884).

II. — L'oxyde de zinc contre les plaies vénériennes, par GLASOUNOFF (*Vratch, n°* 22, 1884).

I. — Le nombre des observations de Petersen s'élève à 300. Les résultats de l'application du bismuth ont été généralement bons. L'ulcère était d'abord lavé avec une solution de sublimé à 1 : 2000, puis nettoyé avec de la ouate salicylée, saupoudré d'*un peu* de sous-nitrate de bismuth et recouvert d'une fine couche de ouate.

II. — Glasounoff loue les bons effets de la saupoudration des plaies vénériennes avec de l'oxyde de zinc. Les cas rebelles étaient d'abord traités par la cautérisation au nitrate d'argent. On ne commençait l'usage de l'oxyde de zinc qu'après la chute de l'escarre. Une saupoudration trop forte (comme pour le bismuth), n'a aucun effet sur l'ulcère : il se

forme une masse compacte qui, par défaut de porosité, ne peut plus absorber la sécrétion de la plaie. W. HOLSTEIN.

I. — Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorragie, par Edouard WELANDER (*Gaz. méd. de Paris*, 7 *juin* 1884).

II. — De la nature parasitaire de la blennorragie, par de AMICIS (*Riv clin. e terap., mars* 1884, *et traduction in France méd.*, 2 *août* 1884).

I. — Welander a trouvé les gonococcus de Neisser dans 129 cas de blennorragie aiguë et dans 15 cas de blennorragie chronique chez les hommes, ainsi que dans la sécrétion urétrale purulente de 79 femmes.

Dans 25 cas, il a pu découvrir les personnes qui avaient communiqué la blennorragie et il a constaté chez elles la présence des gonococcus.

Les essais d'inoculation avec des sécrétions ne contenant pas de gonococcus, sécrétion vaginale d'une vierge, écoulement purulent vaginal, contenant des microbes bacilliformes, mais pas de gonococcus ; sécrétion de balanites fétides, etc., tous ces essais ont donné des résultats négatifs.

Chez les hommes, on a rencontré des *gonococcus* non seulement dans les sécrétions urétrales, mais encore dans les abcès périurétraux, dans une lymphangite qui s'était transformée en abcès.

La présence de *gonococcus* dans le vagin n'a pu être constatée que dix fois ; dans 4 cas, la vaginite était aiguë, dans tous les autres, subaiguë avec sécrétions purulentes. A plusieurs reprises, la sécrétion utérine plus ou moins purulente de prostituées a été examinée sans qu'il y ait pu être cependant découvert de *gonococcus*. En revanche, l'auteur a trouvé beaucoup plus fréquemment des *gonococcus* dans l'urètre de la femme. Sur 163 femmes, dont un grand nombre avaient été examinées sans qu'il eût été fait de choix spécial, il découvrit chez 79 des *gonococcus* dans la sécrétion urétrale.

II. — L'auteur a constaté dans la blennorragie urétrale la présence des micrococcus et diplococcus décrits comme caractéristiques ; mais il a trouvé ces micro-organismes, aussi abondants, aussi nets de formes et de coloration dans des urétrites non contagieuses, expérimentales. Il produit une urétrite avec une injection d'ammoniaque ; le liquide, examiné le 6e jour, contenait des gonococcus et l'inoculation de ce liquide dans un urètre sain n'a rien donné. La sécrétion vaginale leucorrhéique des petites filles contient, en dehors de toute contagion, de toute violence, des micro-organismes et l'auteur a pu donner, par inoculation, une blennorragie typique, dont le pus contenait les micrococcus.

Le traitement antiparasitaire (permanganate de potasse, acide phénique, iodoforme) ne lui a pas donné des résultats satisfaisants et il s'en tient, jusqu'à plus ample informé, au traitement antiphlogistique. A. C.

Étude sur l'urétrite chronique blennorragique, par R. JAMIN (*Thèse de Paris*, 1884).

L'auteur montre que la portion membraneuse doit être envisagée comme un véritable sphincter, divisant le canal en deux parties, qu'il

isole sauf pendant la miction : urètre antérieur comprenant la portion spongieuse ; urètre postérieur formé par la réunion des portions prostatique et membraneuse. La présence de ce sphincter isolant l'urètre antérieur s'oppose à la progression de l'urétrite vers la vessie ; aussi le plus souvent la blennorragie se limite à la portion spongieuse du canal. Cependant sous l'influence d'une diathèse (arthritisme, scrofule) ou d'un traitement intempestif (injections mal faites, cathétérisme) la limite peut être franchie, et l'urétrite devient totale. Les causes qui favorisent l'extension de la blennorragie vers la profondeur sont également capables de la faire passer à l'état chronique, mais mieux sous cette forme l'irritation se borne le plus souvent à l'urètre antérieur (74 fois sur 103). Quand l'urètre postérieur est pris, l'urètre antérieur est toujours atteint simultanément.

L'urétrite antérieure chronique a pour symptôme unique la goutte matinale, tantôt incolore et transparente, tantôt muco-purulente. Elle ne détermine ni douleurs ni troubles de la miction. On s'assure de sa présence par l'exploration de l'urètre antérieur avec une bougie à boule (calibre 16 à 18), qui, introduite jusqu'au cul-de-sac du bulbe, ramène quelques gouttelettes de la sécrétion caractéristique.

L'urétrite postérieur qui, dans les trois dixièmes des cas, complique la précédente, détermine une fréquence anormale des mictions, et en outre un écoulement qui se produit de trois manières.

1° Sous forme de nuages, de bouchons, de filaments entraînés par le premier jet d'urine.

2° Sous forme d'éjaculations en miniature. Ces éjaculations que l'on considère souvent à tort comme spermatiques (spermatorrhée atonique) ne s'accompagnent d'aucune sensation voluptueuse. Elles sont dues à la replétion de l'urètre postérieur qui a provoqué la contraction réflexe des muscles éjaculateurs.

3° Sous forme de quelques gouttes apparaissant soit pendant la défécation, soit à la fin de la miction au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine. (Ce symptôme qui s'accompagne d'hypertrophie et de sensibilité de la prostate au toucher rectal, ne s'observe guère qu'en cas de prostatite concomitante).

Le liquide de ces diverses excrétions, examiné au microscope, a toujours une apparence laiteuse et se montre chargé de leucocytes. En cas de prostatite à ceux-ci se joignent des granulations d'aspect graisseux.

Le diagnostic de l'urétrite postérieur se complète par l'exploration avec la bougie olivaire, après nettoyage à la sonde (écouvillonnage) ou à l'aide d'une injection dans l'urètre antérieur.

Si dans ces conditions la pénétration de l'olive dans l'urètre postérieur ne détermine pas une nouvelle apparition de sécrétion purulente, c'est que l'urètre extérieur est indemne.

La localisation précise reconnue, le traitement consiste en des instillations d'une solution argentique au cinquantième, pratiquée loco-dolente; avec l'instrument spécial imaginé par Guyon (seringue montée sur un cathéter perforé, à extrémité olivaire). (Voir les détails dans le travail original.) Ces instillations répétées à deux ou trois jours d'intervalles sont le meilleur traitement de la blennorragie, dont elles provoquent en quelques semaines la suppression. Certains individus sont réfractaires, ou du

moins ne supportent pas ces injections; ce sont en général des diathésiques en imminence de tuberculose. H. DANLOS.

Étude sur les cystites blennorragiques, par F. LEPRÉVOST (*Thèse de Paris*, 1884).

L'auteur montre tout d'abord que la cystite blennorragique du col n'est pas due à l'inflammation du col de la vessie, mais simplement à l'extension du catarrhe à l'urètre postérieur. La réalité de cette conception résulte des expériences suivantes : 1° Si on fait uriner dans deux verres un sujet atteint de cystite du col, celle du premier verre se montre seule purulente. 2° En pratiquant le cathétérisme, la sonde revient imprégnée de pus si l'on se borne à pénétrer dans la portion prostatique, et si l'extrémité de l'instrument franchit le col, l'urine s'écoule claire et limpide sans mélange de pus.

La cystite du col est précoce (quatrième semaine) ou plus rarement tardive (mois, années). Ses causes sont d'ordre général (diathèses arthritique ou scrofuleuse) ou local (défaut d'hygiène, traitement mal dirigé). Elle évolue sous forme aiguë ou chronique, et sous cette dernière peut aboutir à la néphrite interstitielle ou à la pyélo-cystite suppurative. Dans la forme aiguë, l'extension au corps de la vessie, et aux parties susjacentes, est plus exceptionnelle, mais peut néanmoins s'observer (autopsies de Gintrac, Murchison).

Sous le rapport thérapeutique, la cystite aiguë réclame les antiphlogistiques (bains, cataplasmes, lavements froids) et la belladone. La cystite chronique est justiciable des instillations de nitrate d'argent pratiquées avec l'instrument imaginé par Guyon. La cystite chronique rebelle réclame la section ou la dilatation forcée du sphincter membraneux de l'urètre. H. DANLOS.

De l'emploi de l'argile dans l'épidymite aiguë gonorrhéique, par S. LOUKACHÉVITCH (*Vratch*, n° 31, 1884).

Loukachévitch emploie l'argile blanche des sculpteurs additionnée d'eau pour en faire une pâte semi-liquide qu'on applique sur le testicule tuméfié en la pétrissant de façon à former un moule sphéroïdal compact. Comme l'argile conserve l'humidité pendant 12 heures, il suffit de renouveler son application deux fois dans les 24 heures. Ce traitement doit être continué 4 à 5 jours : 10 minutes après l'application de l'argile la douleur devient moins aiguë, plus supportable et puis disparaît complètement. La tuméfaction du testicule commence à diminuer à partir du second ou troisième jour, sans douleur. L'auteur a déjà observé 26 cas traités avec succès par cette méthode. W. HOLSTEIN.

Du traitement de la blennorragie considérée comme affection parasitaire par les injections de bichlorure de mercure à 1/2000, par G. CHAMERON (*Thèse de Paris*, 1884).

Trois injections sont faites par jour, une le matin, au réveil, une à midi, la dernière au moment du coucher. Chaque séance se compose de

trois injections. Les deux premières, faites coup sur coup, sont destinées à balayer le canal ; la troisième doit rester en contact avec la muqueuse pendant une minute environ. En outre le malade a le soin d'uriner préalablement tant pour laver l'urètre que pour éviter l'inoculation des parties profondes par la sécrétion purulente refoulée au moment des injections. Formule du liquide à injecter :

Liqueur de Van Suwieten.....	10
Eau distillée.....	190

Des blennorragies aiguës, subaiguës et chroniques traitées de cette manière ont donné de bons résultats ; parfois des guérisons en sept à huit jours. Aucune complication n'a été observée même chez des malades atteints d'urétrite profonde avec prostalite et cystite du col. Les injections ne déterminent aucune douleur si ce n'est par action mécanique quand l'affection est à l'état tout à fait aigu. H. DANLOS.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Ueber eine eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinken (Sur une affection spinale particulière chez les alcooliques), par G. FISCHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Bd. XIII, Heft* 1, *p.* 1).

Voici les caractères cliniques de l'affection nouvelle que G. Fischer a observée chez deux individus adonnés à la boisson :

Les deux malades présentaient un développement intellectuel très rudimentaire ; pas d'antécédents héréditaires pathologiques, pas d'antécédents syphilitiques. C'étaient des buveurs de profession, fumant beaucoup et menant une existence dévergondée. On notait chez eux des phénomènes de parésie musculaire dans toutes les régions innervées par des nerfs spinaux, de l'atrophie musculaire avec diminution ou abolition de l'excitabilité électrique, une consistance exagérée des muscles frappés de parésie, qui étaient en outre très sensibles à la pression ; l'abolition de l'excitabilité mécanique des muscles et les réflexes patellaires ; de l'incoordination motrice très nette, des phénomènes de paresthésie (fourmillements, sensation d'engourdissement et de froid ; diminution de la sensibilité tactile, retard dans la perception douloureuse, dédoublement de la sensation développée par une même impression tactile. Retard dans la production des réflexes cutanés. Avec cela de légers mouvements de fièvre, des symptômes gastriques, de l'accélération du pouls, de la faiblesse des contractions cardiaques, mais pas de douleurs lancinantes ; pas de douleurs en ceinture ; pas d'anomalies de la sensibilité, d'ordre irritatif ; pas de rigidité de la colonne vertébrale. Intégrité complète des fonctions végétatives et des sphincters. A part quelques anomalies du côté des pupilles, pas de troubles dans le domaine des nerfs crâniens. Guérison dans un cas, amélioration persistante dans l'autre.

Après avoir relaté les deux faits qui ont servi de thème à sa publica-

tion, M. Fischer discute la pathogénie des principaux symptômes constatés chez ses deux malades. Il faut remarquer qu'en faisant abstraction des troubles de la sensibilité, le tableau clinique esquissé plus haut rappelle d'une façon assez précise celui de la paralysie générale antérieure subaiguë de Duchenne, et il conclut que certainement une partie des symptômes présentés par les deux malades dépendait d'une myélite subaiguë des cornes antérieures.

Les troubles de la sensibilité sont rapportés à une inflammation subaiguë de la substance grise centrale, inflammation diffuse ou du moins occupant une grande partie de la section transversale de la substance grise.

L'incoordination motrice peut être rattachée soit à une altération de la substance blanche des cordons postérieurs, soit à une altération de la portion avoisinante de la substance grise.

L'abolition des réflexes patellaires coïncidant avec l'hyperesthésie des muscles, la persistance de la sensibilité musculaire et des réflexes développés par l'excitation des aponévroses, dénotaient que l'innervation centripète des muscles était intacte, que partant l'arc réflexe devait être interrompu dans sa portion centrale ou sur son parcours centrifuge.

L'auteur s'attache ensuite à faire ressortir les analogies et les différences existant entre cette nouvelle affection et d'autres affections du système nerveux offrant une certaine communauté de symptômes avec elle. Il cherche ensuite à démontrer que, selon toute vraisemblance, les accidents présentés par ces deux malades reconnaissaient pour cause l'alcoolisme. E. RICKLIN.

Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XIII*, *n*° 14).

Ces expériences, qui embrassent une période de trois années, ont été pratiquées surtout chez les porcs.

1° Les alcools administrés d'une façon lente et continue déterminent chez le porc des lésions anatomiques, qui consistent : en des congestions et des inflammations du tube digestif et du foie, sans atteindre cependant dans cet organe le degré d'hépatite interstitielle qu'on observe chez l'homme ; en des congestions du parenchyme pulmonaire qui peuvent aller quelquefois jusqu'à l'apoplexie ; en des dégénérescences athéromateuses des gros vaisseaux et, en particulier, de l'aorte ; enfin, en des suffusions sanguines dans l'épaisseur des muscles et du tissu cellulaire ;

2° Les alcools de vin et les alcools complètement rectifiés produisent des lésions peu appréciables. Au contraire, les lésions sont très accusées avec les alcools bruts ou mal rectifiés provenant soit des betteraves, soit des grains, soit des pommes de terre ;

3° La liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe déterminent chez les animaux de l'excitation, qui finit par occasionner des phénomènes convulsifs et d'hyperesthésie cutanée.

Il résulte des mêmes expériences que, lorsqu'on introduit l'alcool dans l'économie à dose non toxique, une certaine quantité de cet alcool subit une modification en acide acétique, puis en acétate alcalin, puis, enfin,

en carbonate. Une autre partie est éliminée en nature. L'alcool est donc un aliment, mais un aliment d'épargne, c'est-à-dire un aliment qui ralentit les combustions en soutirant une certaine quantité d'oxygène aux globules sanguines. C'est cette action sur les globules qui explique le pouvoir antithermique des alcools, pouvoir qui atteint son summum d'intensité lorsqu'on administre des doses toxiques. Dans ce dernier cas, en effet, il y a une véritable destruction du globule sanguin. Tout l'alcool ingéré ne subit pas la combustion, mais une partie agit en nature directement sur certains points de l'axe cérébro-spinal et y détermine alors des phénomènes d'ivresse et des modifications vaso-motrices variant suivant les doses employées. GASTON DECAISNE.

Statistiches und Klinisches über Alcoholismus (Recherches statistiques et cliniques sur l'alcoolisme), par MŒLI (*Char. Annal., IX Jahrg., p.* 524).

Mœli insiste sur l'influence croissante que l'alcoolisme exerce sur la production des maladies soignées à la clinique psychiatrique de la Charité. Sur 482 délirants reçus en 1882-83, 443 étaient alcooliques. Sur 1774 malades de toute catégorie, 695 étaient des alcooliques avérés, dont 574 atteints de delirium tremens. Quant aux troubles mentaux, en dehors du délire et des accidents épileptiques, ils peuvent être mis dans une proportion de 12 0/0 sur le compte des excès œnophiliques.

Mœli divise ces aliénés alcooliques en 4 classes : troubles de l'imagination et hallucinations, délire de persécution et en particulier conviction erronée d'infidélité conjugale, affaissement intellectuel et moral, enfin démence aiguë avec perte de connaissance.

Sur 388 cas délirants alcooliques, Mœli a noté 139 fois des crises épileptiformes; elles sont plus rares chez les aliénés (10 0/0 environ). Ces crises ont une signification pronostique très fâcheuse. Souvent on ne trouve à l'autopsie aucune lésion qui explique la mort.

Mœli rapporte, enfin, l'observation d'un homme qui, après trois crises de delirium tremens, mourut de phénomènes paralytiques dus à une névrite des deux nerfs cruraux. L. D.-B.

On the treatment of certain cases of delirium with insomnia, par Morrant BAKER (*St Barth. hosp. Rep., XIX, p.* 249, 1883).

Dans les cas de delirium tremens ou de délire non alcoolique avec agitation persistante et insomnie, l'auteur conseille le procédé suivant :

Il chloroformise le malade de façon à l'engourdir, sans l'anesthésie à fond : puis à ce moment il fait une très petite injection de morphine (1/2 centigramme à 1 centigramme) sous la peau, en continuant le chloroforme jusqu'à ce que l'effet de la morphine se fasse sentir. Il est rare que l'on n'obtienne pas de cette façon un sommeil calme et durable.

Suivent quatre observations dans lesquelles cette médication produisit de bons résultats. H. R.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie (Recherches expérimentales et cliniques sur l'épilepsie), par UNVERRICHT (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Bd. XIV, Heft* 2, *p.* 175).

Ce travail comprend une partie historique, une partie clinique et une

partie expérimentale, cette dernière basée sur des expériences de laboratoire, dont l'auteur publie les procès-verbaux détaillés à la fin de son mémoire. Les résultats qui se dégagent de l'analyse des faits expérimentaux et cliniques exposés dans ce mémoire ont été résumés par l'auteur dans les propositions suivantes :

1° On réussit à développer des attaques d'épilepsie non seulement par l'excitation électrique de la zone dite motrice de l'écorce cérébrale, mais encore en électrisant une région située plus en arrière et qui serait en rapport avec la fonction visuelle, d'après les recherches de l'auteur.

La tendance aux convulsions est, dans des limites assez étendues, indépendante de l'afflux de sang artériel à l'écorce cérébrale, de l'excitabilité réflexe et de la chaleur corporelle.

2° La durée de l'excitation électrique ainsi que son intensité jouent un rôle considérable dans le développement des convulsions.

3° La localisation des accidents convulsifs répond à la localisation des centres moteurs dans l'écorce; les groupes de muscles successivement envahis par les convulsions sont ceux dont les centres se trouvent juxtaposés dans l'écorce grise.

4° Les muscles propres de la langue et les muscles rétracteurs de cet organe reçoivent des fibres motrices de l'écorce grise des deux hémisphères.

5° Il en est très probablement de même des muscles qui opèrent l'abaissement et le relèvement du maxillaire inférieur.

6° Dans les cas de convulsions unilatérales, la nuque et le tronc sont déviés vers l'hémisphère excitée; il appartient à des recherches ultérieures de nous apprendre si des filets moteurs partant d'une hémisphère se distribuent aux muscles du côté opposé de la nuque et du tronc.

7° Chez le chien le muscle risorius n'est innervé que par l'hémisphère du même côté.

8° L'excitation de la région postérieure de l'écorce grise détermine la dilatation des pupilles et de la fente palpébrale, ainsi que des mouvements latéraux des globes oculaires. Quand l'excitation se prolonge, il en résulte du nystagmus du côté opposé et finalement une attaque d'épilepsie.

9° Les convulsions s'étendent d'abord à toute une moitié du corps, avant d'envahir l'autre côté. Il existe quelquefois une pause avant l'envahissement de la seconde moitié.

10° Du côté opposé les mouvements convulsifs envahissent les différents groupes de muscles dans un ordre bien déterminé, en commençant par les membres postérieurs, quel qu'ait été leur point de départ du côté par où les convulsions ont commencé.

11° Suivant l'état d'excitabilité de l'écorce cérébrale, on voit se produire après une ou plusieurs excitations électriques, parfois à la suite de simples excitations mécaniques, un état de mal, qui se dissipe spontanément, quand il n'aboutit pas à la mort de l'animal.

Cet état de mal peut se présenter sous deux formes distinctes :

a) La forme *oscillante*, caractérisée par cette particularité, que l'excitation se propage en quelque sorte alternativement en sens inverse; après avoir envahi la seconde moitié du corps, les spasmes cloniques gagnent de nouveau la première moitié et ainsi de suite, jusqu'à ce que les convulsions se généralisent pour intéresser tous les muscles du corps.

[illegible] une première attaque convulsive [illegible] d'une quatrième, etc., occu- [illegible] jusqu'à ce que finalement éclatent [illegible]

[illegible] ne participer que faiblement [illegible] convulsifs. En ce cas leurs centres corti- [illegible]

[illegible] la température corporelle s'élève de 0°,1 [illegible] la température interne des animaux s'est [illegible] mort il se produisait une élévation de tem- [illegible] Un abaissement préalable de la température [illegible] pas l'excitabilité de l'écorce grise, et n'em- [illegible] développement de l'état de mal.

[illegible] exerce une action sédative sur les accidents convulsifs [illegible] un degré qui implique un danger pour la vie de [illegible] de l'asphyxie. A un animal en voie d'asphyxie, [illegible] de l'oxygène à temps, pour rappeler les mouvements [illegible] déjà éteints. Quand on sature d'oxygène le sang d'un animal [illegible] l'état de mal, on supprime les pauses qui séparaient les attaques [illegible]; en même temps les pupilles se resserrent considérablement.

15° La morphine ne calme les manifestations convulsives qu'à très hautes doses, à doses presque toujours mortelles. Par contre, le chloral en injection intra-veineuse arrête les convulsions, quelquefois déjà à la dose de 0gr,2. Les inhalations d'éther produisent le même résultat. L'atropine augmente l'excitabilité de l'écorce grise et peut provoquer le retour d'une attaque passée.

16° L'écorce grise joue un rôle prépondérant dans le développement des convulsions [illegible] L'extirpation d'un centre moteur de l'écorce a cette [illegible] innervés par ce centre ne parti- cipent plus [illegible] Ce résultat est surtout ma- nifeste à la [illegible] Dans certains cas on observe dans [illegible] dues à ce que l'excitation initiale [illegible] contractions qu'on [illegible] les pédoncules cérébraux et la [illegible]

[illegible] cérébrale pendant le [illegible] et permet tout au plus [illegible] Ceux-ci cessent de se produire [illegible]

[illegible] en suivant l'ordre topo- [illegible] propagation continue de [illegible] les uns des autres des [illegible] pratiquées dans la subs- [illegible] en pratiquant tout à [illegible] continuent de se pro- [illegible] que l'excitation se propage à [illegible]

[illegible] propagation des convulsions [illegible] préalablement on a sec- [illegible]

20° Une hémorragie dans un ventricule arrête les convulsions dans la moitié correspondante du corps.

21° Les attaques convulsives qu'on développe chez les animaux en excitant l'écorce cérébrale sont de toutes les variétés de convulsions d'ordre expérimental celles qui offrent la plus grande ressemblance avec les attaques d'épilepsie chez l'homme.

22° En faveur de la nature corticale de cette dernière on peut surtout invoquer les différentes formes d'*aura* et les phénomènes psychiques équivalents, ainsi que ses intéressantes relations avec le sommeil et les psychoses.

23° Quelques observations cliniques montrent que chez l'homme la destruction de la zone motrice empêche également les mouvements convulsifs de se produire dans les groupes de muscles innervés par le territoire détruit.

24° Pour ce qui est de la marche des accidents convulsifs, les données de la clinique concordent avec les résultats expérimentaux obtenus par l'auteur, sauf que nous ne possédons pas de renseignements exacts sur la manière dont la seconde moitié du corps est envahie par les mouvements convulsifs. Les quelques observations utilisables ne concordent pas avec les résultats expérimentaux de l'auteur, ce que l'on pourrait peut-être expliquer en invoquant la loi de l'association des mouvements.

25° Le fait expérimental comme quoi dans les cas de convulsions unilatérales certains groupes de muscles du côté opposé peuvent participer à l'agitation convulsive n'a pas son analogue en clinique. C'est tout au plus si concernant les muscles de la nuque on trouve dans les auteurs quelques remarques qui concordent avec les observations de Unvericht.

L. RICKLIN.

I. — Ueber Veränderungen des Körpergewichts nach epileptischen Anfäller (Des modifications du poids du corps après les attaques épileptiques), par JOLLY (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 26, p. 378, 27 juin 1881*).

II. — Ueber epileptiforme Hallucinationen, par Adolf KÜHN (*Ibidem, n° 17, p. 253, 23 avril 1883*).

I. — Jolly a voulu vérifier les assertions de Kowalewsky (*R. S. M.*, XXII, 651), relatives à une diminution notable du poids à la suite des accès épileptiques. Dans ce but, il a pesé quotidiennement, durant 4 semaines, 28 épileptiques et un certain nombre d'individus sains.

Il a trouvé que la perte en poids, consécutivement à des attaques d'épilepsie, reste dans les limites des variations quotidiennes qu'on observe très habituellement, et sans changement essentiel dans l'alimentation, chez les gens bien portants; elle oscille entre 500 grammes en plus et 500 grammes en moins.

II. — Kühn appelle l'attention sur une forme de folie épileptique, dans laquelle, à part un trouble fugitif de la conscience, les hallucinations constituent le seul symptôme morbide, soit qu'elles surviennent comme phénomènes initiaux de la névrose, soit qu'elles se substituent à des accès convulsifs. Voici le résumé des 3 faits de ce genre qu'il a observés à la maison de correction de Moringen.

1° Homme n'ayant jamais eu que des absences mais pas d'attaques

classiques. Crâne difforme au niveau de l'occipital. Anémie par une détention de plusieurs mois; il a eu d'abord des insomnies en même temps que, durant le jour, il s'arrêtait subitement de travailler, regardait fixement devant lui ou s'endormait; puis il poussait des gémissements plaintifs et se livrait à une mimique défensive. Au bout de 2 minutes, il reprenait son travail, comme si rien ne s'était passé. Interrogé, il racontait alors que, se sentant tout à coup fatigué, ses yeux se fermaient et qu'il se voyait entouré de végétaux et d'animaux, des plus divers, mais toujours d'un aspect inquiétant. C'étaient de grands serpents et de gigantesques papillons sortant des murs et du plafond, des plantes bizarres s'élevant du sol et l'enfermant dans un cercle de plus en plus étroit, comme si elles allaient l'étouffer; ou bien encore tout un bataillon qui faisait irruption du poêle et le lardait à coups de baïonnettes.

Dans les intervalles libres, l'intelligence du malade est encore parfaitement entière; quand il peut dormir, ses rêves ne diffèrent en rien de ceux de l'état normal.

2° Homme de 30 ans, n'ayant jamais eu de convulsions. Il y a 3 ans 1/2 il a commencé à avoir des hallucinations auditives nocturnes. Un an plus tard il a présenté des hallucinations tactiles et visuelles précédées d'une aura psychique. Subitement il éprouvait une indicible angoise précordiale, comme si on lui arrachait le cœur de la poitrine. Puis il voyait un homme et une femme, qui, se plaçant tout contre lui, lui refoulaient les parties génitales dans le ventre. D'autrefois il voyait des chiens. Ces accès se reproduisaient au moins 3 fois par jour. Au milieu d'une conversation, le malade regardait fixement dans une direction quelconque pendant 2 ou 3 minutes; puis il prononçait des paroles incohérentes, ou était pris d'une rage insensée, mordant, donnant des coups de pied, etc.

Chez ce malade, l'intelligence commence à être altérée, car il tend à croire à la réalité de ses apparitions qui se produisent aussi la nuit.

3° Homme de 50 ans, dément. Depuis longues années, de loin en loin, quelquefois à plusieurs reprises dans la même journée, son œil devient fixe, ses bras se débattent violemment, puis il prend le premier instrument à sa portée et frappe furieusement le sol, en proférant des injures. Ce sont des nains noirs qu'il veut empêcher de s'introduire dans son corps. Antérieurement à son arrivée dans la prison, il a eu des attaques convulsives, mais point depuis son entrée.

Il est remarquable que chez les 3 malades, il s'agisse essentiellement d'hallucinations de la vue. J. B.

On the condition of kneejerk, ankle clonus and plantar reflex after epileptic fits, par Charles-E. BEEVOR (*Brain, p.* 56, *avril* 1882).

Voici les résultats des explorations de l'auteur sur 70 cas d'épilepsie :

Accroissement du réflexe patellaire et olécrânien, 3 fois;

Diminution du réflexe patellaire, absence du réflexe olécrânien, 18 fois;

Abolition du réflexe patellaire et olécrânien, 11 fois;

Réflexe patellaire normal (pas de réflexe olécrânien), 5 fois;

Conservation du réflexe olécrânien, le réflexe patellaire étant nul, 8 fois.

L'auteur conclut de ce tableau qu'après une attaque épileptique le cerveau et la moelle ont épuisé leur réflectivité : c'est absolument ce qui se produit chez un individu qui vient d'avoir une attaque d'apoplexie et qui est hémiplégique. L'excitabilité réflexe de la moelle ne revient que tardivement. H. R.

I. — On epilepsy, in its relation to ear disease, par J.-A ORMEROD (*Brain, p.* 20, *avril* 1883).

II. — On the relation of the aura giddiness to epileptic seizures, par Charles BEEVOR (*Brain, p.* 487, *janvier* 1884).

I. — Les relations des affections de l'oreille avec l'épilepsie sont multiples.

Il peut d'abord n'y avoir qu'une simple coïncidence, en raison de la grande fréquence des deux maladies.

Ou encore, l'affection de l'oreille, comme l'épilepsie, peut être la conséquence d'une influence commune (scarlatine, syphilis, surtout syphilis héréditaire).

Ces cas éliminés, reste à examiner comment l'épilepsie a des affinités avec les troubles auriculaires. Or, celles-ci ne sont pas niables. Un grand nombre d'épileptiques commencent leur accès par une aura auditive ; c'est une irritation du nerf cochléaire qui devient le point de départ de la crise. D'autre part, chez les jeunes enfants, une lésion labyrinthique détermine souvent la surdité et s'accompagne en même temps de convulsions. D'autres épileptiques vrais, après chacune de leurs attaques, deviennent momentanément sourds.

L'auteur, discutant la théorie du vertige labyrinthique et analysant les faits connus de maladie de Ménière, n'est pas éloigné de croire que chez quelques sujets le vertige peut être remplacé par de véritables convulsions épileptiformes au moment des crises. Mais jusqu'ici l'apparence clinique des accès ne diffère pas suffisamment pour faire affirmer la réalité de l'origine aurale des accès d'épilepsie. C'est une cause d'épilepsie probable, mais non certaine, et c'est là une étude à reprendre au point de vue de la symptomatologie.

II. — L'auteur attire l'attention sur la sensation vertigineuse qui constitue l'aura chez un grand nombre d'épileptiques. Les sujets voient les objets se déplacer tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche, ou au contraire ils ont la sensation que c'est leur personne qui se déplace par rapport aux objets environnants. Or, il y a une relation constante entre le sens du déplacement et le côté par lequel débutent les convulsions épileptiques. C'est donc là un point très important, puisqu'il permet de présumer quelle est la région du cerveau initialement irritée.

Or, dans les cas où le vertige se produit de gauche à droite, les convulsions débutent toujours par le côté droit ; inversement, quand le déplacement des objets se fait de droite à gauche, les convulsions débutent par le côté gauche. Ceci est tout à fait indépendant des attaques commençant par des sensations auditives, et qui paraissent quelquefois en rapport avec des lésions de l'oreille. RENDU.

On the condition of the fundus oculi in insane individuals, par Joseph WIGLESWORTH et Thomas BICKERTON (*Brain, p.* 178, *juillet* 1884).

D'un très grand nombre d'examens ophtalmoscopiques chez les aliénés, les auteurs se croient en droit de tirer les conclusions suivantes :

Tout d'abord, il faut distinguer la paralysie générale qui mène à la démence, des autres formes d'aliénation.

Dans la folie proprement dite, c'est la très petite minorité des malades qui présentent des lésions oculaires ; la plupart du temps l'œil est normal, et il n'y a aucune relation à établir entre l'état de la vue et celui du cerveau.

Même dans la paralysie générale les lésions de l'œil dans la majorité des cas sont nulles. Cependant un certain nombre de malades présentent deux catégories de lésions : les unes caractérisées par de la névrite, les autres par de l'atrophie. Celles de la première catégorie se montrent sous l'aspect d'une hyperémie de papilles, avec état trouble des bords : il se fait une périnévrite qui entraîne secondairement l'atrophie du nerf optique ; ailleurs, la névrite est interstitielle et l'atrophie des tubes nerveux marche parallèlement. Ces derniers cas coïncident d'ordinaire avec des lésions de sclérose spinale et avec des symptômes de paraplégies.

H. R.

Die Reaction der Pupillen Geisteskranker bei Reizung sensibler Nerven (La réaction pupillaire que développe l'irritation des nerfs sensibles chez des déments), par C. MOELI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Bd. XIII, Heft.* 3, p. 602).

Après avoir rappelé les principaux travaux antérieurs au sien et relatifs aux réactions qui développent du côté des pupilles les irritations qui atteignent soit les nerfs sensibles, soit certaines portions des centres nerveux, C. Moeli expose les résultats de ses propres recherches concernant cette même question. Tout d'abord il s'est assuré que chez les femmes et les enfants dont le système nerveux et l'appareil visuel sont en état de parfaite intégrité, l'irritation des nerfs sensitifs détermine presque constamment de la dilatation pupillaire. Le plus souvent, il suffit de frotter la joue avec un objet mousse ; de même, chez les hommes au-dessous de trente ans. Chez les hommes d'un âge plus avancé, le résultat est déjà plus inconstant, et chez bon nombre de sujets qui avaient dépassé la cinquantaine, des excitations très vives (pinceau faradique) n'entraînaient pas la réaction pupillaire. Voilà pour les circonstances physiologiques.

Chez 80 hommes atteints de paralysie générale, C. Moeli a constaté les faits suivants :

Chez 23 de ces malades, les pupilles réagissaient bien à la lumière ; chez 17 autres, elles réagissaient mal ; chez 40 autres, elles ne réagissaient plus. Or, en excitant chez ces malades la peau de la nuque avec le pinceau faradique, la réaction observée du côté des pupilles était :

Une dilatation des deux pupilles, chez 74 0/0 des malades du 1er groupe, chez 29 0/0 des malades du 2e groupe, chez 10 0/0 des malades du 3e groupe ;

La dilatation d'une seule pupille, chez 4 0/0, 18 0/0 et 10 0/0 des malades de ces trois groupes respectifs ;

Une dilatation douteuse, chez 9 0/0, 24 0/0 et 15 0/0 des malades des trois groupes ;

Pas de dilatation du tout chez 13 0/0, 29 0/0, 65 0/0.

Ces chiffres montrent que le défaut de réaction aux irritations cutanées est beaucoup plus fréquent chez les paralytiques généraux dont les pupilles ne réagissent plus à la lumière. A cet égard, les résultats notés chez les femmes ont été encore plus probants.

D'autre part, Moeli a corroboré les observations d'Erb qui démontrent que chez les tabétiques dont les pupilles ne réagissent plus à la lumière, les excitations cutanées les plus fortes sont impuissantes également à produire de la mydriase. Sur 10 tabétiques examinés à ce point de vue, il s'en est trouvé un seul qui ait fait exception à cette règle.

Chez deux sujets affectés de troubles psychiques, C. Moeli a noté le défaut de réaction des pupilles à la lumière et aux excitations cutanées, en même temps que l'abolition du phénomène du genou, sans autre symptôme tabétique.

L'auteur examine ensuite si le défaut de réaction des pupilles ne serait pas en rapport, chez les paralytiques généraux, avec une altération des cordons postérieurs. On sait aujourd'hui qu'il n'est pas rare que la paralysie générale se complique à un moment donné d'une dégénérescence des cordons postérieurs ; l'abolition du phénomène du genou est, d'après Westphal, le signe qui nous renseigne le plus sûrement sur l'existence de cette complication. C. Moeli a examiné un certain nombre de paralytiques généraux au double point de vue de la réaction pupillaire et du phénomène du genou, et voici ce qu'il a observé :

Hommes avec conservation du phénomène du genou :

36 0/0.	Réaction	pupillaire	bonne.
28 0/0.	—	—	faible.
36 0/0.	—	—	nulle.

Hommes avec abolition du phénomène du genou :

8 0/0.	Réaction	pupillaire	bonne.
8 0/0.	—	—	faible.
83 0/0.	—	—	nulle.

Femmes avec conservation du phènomène du genou :

32 0/0.	Réaction	pupillaire	bonne.
27 0/0.	—	—	faible.
40 0/0.	—	—	nulle.

Femmes avec abolition du phénomène du genou :

12 0/0.	Réaction	pupillaire	bonne.
25 0/0.	—	—	faible.
63 0/0.	—	—	nulle.

D'où l'on peut conclure que chez les paralytiques généraux la réaction pupillaire fait défaut dans un bon tiers des cas où le phénomène du genou persiste, mais que plus souvent encore la réaction pupillaire est défectueuse ou abolie dans les cas de paralysie générale, où l'abolition du phénomène

du genou dénote une altération des cordons postérieurs. Reste à savoir s'il existe un rapport direct entre cette altération et le défaut de réaction des pupilles.

Pendant les attaques d'épilepsie et durant le coma symptomatique d'une lésion cérébrale, on note à la fois le défaut de réaction des pupilles à la lumière et aux excitations périphériques. Le retour des deux réactions s'effectue simultanément.

Dans les cas d'hémianesthésie hystérique, l'excitation de la peau au siège de l'anesthésie entraîne encore la dilatation des pupilles. Il suit de là que cette variété d'anesthésie implique un trouble fonctionnel de cette portion des centres nerveux située en deçà de l'appareil qui préside à la dilatation réflexe des pupilles. Contrairement à l'opinion soutenue par Schiff et Foa, l'intervention de centres corticaux n'est point nécessaire pour que des excitations sensibles développent la dilatation des pupilles. Dans la paralysie générale, le défaut de réaction des pupilles dépend non point des altérations de l'écorce, mais d'une lésion du mésocéphale, vraisemblablement du bulbe. E. RICKLIN.

Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica, par OBERSTEINER (*Wien. med. Woch.*, *n°* 33, 1883).

Sur 175 cas de démence paralytique (171 hommes et 4 femmes) l'auteur a relevé 37 fois la syphilis : c'est une proportion de 21.6 0/0, tandis qu'il ne trouvait en cherchant les causes de l'affection que 15 0/0 d'influences morales et 12 0/0 de traumatismes crâniens. Dans l'étiologie de la démence paralytique, c'est donc à la syphilis qu'appartient la première place. En la comparant aux autres formes d'aliénation mentale, on voit qu'aucune autre n'affecte de relations aussi intimes avec la vérole. Sur 825 aliénés non paralytiques, la syphilis n'existe que dans la proportion de 4.1 0/0.

En examinant les lésions, l'auteur est disposé à les rattacher aux manifestations de la syphilis tertiaire, mais il n'y a pas là de lésions qu'on ne retrouve chez les paralytiques généraux non syphilitiques.

Quand la paralysie générale vraie existe sous l'influence de la syphilis, elle se signale seulement par trois caractères : la précocité du début (de 25 à 35 ans), la dilatation exagérée des pupilles, la curabilité par l'iodure de potassium. Mais il faut savoir que bien souvent, malgré son origine spécifique, la démence paralytique résiste à ce médicament. Du reste, il faut se garder de confondre la paralysie générale vraie causée par la syphilis avec la pseudo-paralysie de Fournier, qui est une affection distincte. L. GALLIARD.

De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme, par RITTI (*Annales méd.-psych.*, 1882).

Les troubles de la circulation périphérique sont fréquents chez les mélancoliques ; dans toute description de la lypémanie, on mentionne l'abaissement de la température et la teinte cyanique des mains et des pieds ; — ces modifications fonctionnelles se montrent également dans le stade dépressif de la folie à double forme ; mais outre ces troubles circula-

toires, d'observation vulgaire, il peut se faire que, le spasme vasculaire augmentant d'intensité, il se produise les divers états désignés sous les noms de doigt mort, de syncope locale des extrémités. L'auteur relate deux fort intéressantes observations de folie à double forme dans lesquelles ces phénomènes ont été nettement accusés, au cours de la période mélancolique.

L'asphyxie locale n'était point permanente mais mobile, apparaissant un jour pour disparaître quelques heures après et réapparaître le lendemain. Rarement tous les doigts étaient envahis.

Les malades se plaignaient d'un sentiment d'engourdissement, d'élancements, de brûlure. Sensibilité éteinte dans les doigts morts ; de profondes piqûres ne provoquaient aucune douleur. Ainsi que le fait remarquer Ritti, dans les commentaires dont il accompagne la publication de ces deux faits, n'est-il pas permis de conclure qu'en pareil cas, ce qui a lieu aux mains et aux pieds n'est que l'image de ce qui se passe dans le cerveau; d'où cette conséquence, conforme à la théorie développée surtout par M. Luys, à savoir que la dépression mélancolique n'est que le résultat de l'anémie cérébrale produite par la contractilité spasmodique des vaisseaux de la trame nerveuse. PAUL GARNIER.

Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (paralysies par suggestion, par RICHER et GILLES de la TOURETTE (*Progrès médical*, 29 *mars* 1884).

Les auteurs ont étudié ces paralysies dans l'état de flaccidité qui se produit d'emblée et rapidement chez un sujet hypnotisé ou non sous l'influence de l'injonction type. « Vous ne pouvez plus remuer votre bras, il est inerte. »

1° Il y a flaccidité complète du membre; abolition absolue de la mobilité et de la sensibilité;

2° Exagération considérable des réflexes tendineux; le nombre des secousses est en moyenne triplé, et la ligne des secousses plus que triplée en hauteur;

3° Trépidation spinale, surtout au membre inférieur;

4° Abolition du sens musculaire; le sujet ne peut retrouver avec sa main droite libre la gauche paralysée;

5° La forme de la secousse musculaire (excitation faradique) est changée, la hauteur augmentée, et la descente prolongée simule une sorte de tétanos incomplet.

La secousse galvanique encore plus modifiée atteint une hauteur double, elle est très prolongée, et le sommet remplacé par un plateau se termine brusquement par une descente rapide.

La secousse électrique n'est pas sentie par le muscle paralysé.

6° Il y a des troubles vaso-moteurs; sensation de froid subjective et objective. Zone de rougeur diffuse autour de la plus légère piqûre.

H. L.

Myriachit : affection nerveuse nouvelle, par William HAMMOND (*Brit. med. Journ.*, *p.* 758, *avril* 1884).

On désigne en Sibérie sous le nom de myriachit une curieuse affec-

tion qui consiste à reproduire d'une façon inconsciente tout geste, tout mouvement dont on est témoin. Ainsi les malades entendent un bruit particulier, ils le répètent instantanément avec le même ton; ils voient un individu tomber ou courir; ils tombent et courent immédiatement, et cette faculté d'imitation à laquelle ils ne peuvent se soustraire, les rend l'objet d'une foule de vexations de la part des personnes qui vivent au milieu d'eux. L'auteur rapporte quelques exemples de cette maladie, et rapproche ces faits de ce que l'on voit parfois chez des individus éveillés brusquement de leur sommeil et qui font des actes souvent compliqués sans en avoir conscience. Il suppose qu'en pareil cas il y a excitation d'une impulsion motrice sans l'accompagnement de la volonté, quelque chose d'analogue aux accès épileptiformes dus à des irritations réflexes; seulement, tandis que dans l'épilepsie la décharge nerveuse n'est pas en rapport nécessaire avec l'impulsion originelle, là, elle est parfaitement consonnante avec l'impression perçue, en sorte qu'elle en paraît être le complément et la conséquence logique. H. R.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Cours de médecine opératoire fait à l'Université de Louvain, par F. LEFEBVRE et E. DEBAISIEUX (*Louvain*, 2 *vol. in*-8°, 1881-83).

Ce volumineux ouvrage est à la fois un traité de petite chirurgie, de thérapeutique chirurgicale et de médecine opératoire. La médecine opératoire proprement dite n'en occupe même qu'une portion assez restreinte.

Le premier volume traite, en effet, des préliminaires des opérations (indications et contre-indications, anesthésie, accidents, soins consécutifs), des pansements (objets de pansement, bandages, topiques, méthodes de pansement, appareils à fracture) et de la petite chirurgie; il ne renferme aucun fait nouveau, mais constitue un exposé complet et méthodique dans lequel nous signalerons, en particulier, les chapitres consacrés à l'anesthésie et à la chirurgie dentaire.

Le second volume qui ne renferme pas moins de 900 pages, traite encore de la petite chirurgie, des différentes méthodes de diérèse et d'exérèse, des caustiques, des sutures et enfin des opérations complexes, c'est-à-dire de la médecine opératoire proprement dite. Les indications de chaque méthode ou procédé, ses accidents et même le traitement de ces accidents sont étudiés avec soin; malheureusement on n'y rencontre guère que ce qui se trouve déjà dans la plupart des traités classiques; peu de procédés étrangers, presque pas de faits nouveaux. Signalons cependant la restauration d'une large perte de substance de la joue à l'aide d'un lambeau cervical par M. Lefebvre (t. II, p. 217) et un procédé de résection temporaire du maxillaire supérieur à l'aide d'une incision médiane passant par la lèvre supérieure et le nez combinée à l'incision transversale sous-orbitaire (t. II, p. 581).

Il est regrettable, dans un ouvrage de semblable envergure, de ne point trouver la description des opérations qui se pratiquent sur les cavités splanchniques, l'intestin, les organes génito-urinaires, le corps thyroïde, etc., non plus que la description d'un certain nombre d'opérations nouvelles, comme la tarsotomie, l'opération d'Estlander, la rectotomie, etc. Signalons enfin un desideratum, c'est l'absence de renseignements bibliographiques, à propos de l'origine des procédés ou des statistiques auxquelles les auteurs ont puisé. DE SANTI.

I. — De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorragie, par G. HAYEM (*Bull. de thér.*, 30 *décembre* 1882).

II. — Des injections de sang dans la cavité péritonéale, par A. GRENET (*Thèse de Paris*, 1883).

III. — De la transfusion péritonéale, par G. HAYEM (*Acad. des sciences*, 24 *mars* 1884).

IV. — L'iniezione di sangue nella pleura, par SILVA (*Riv. clin. di Bologna*, *n°* 10, 1883).

V. — Ueber den Einfluss der Kochsalzinfusion (De l'injection de solution de chlorure de sodium dans l'organisme) par OTT (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *Band XCIII, Heft* 1, *page* 114).

VI. — Ueber die Folgen der Kochsalztransfusion für den Organismus, par V. OH (*Archiv f. Gynæk. Band XX, Heft* 2).

VII. — Ueber den Werth der Kochsalzinfusion und Blutttransfusion. (Valeur des transfusions de sel marin et de sang dans la mort par hémorragie), par MAYDL (*Wiener med. Jahrb. Heft* 1, *p.* 61, 1884).

VIII. — Die Schicksale der Transfusion im letztem Decennium, par von BERGMANN (*Berlin*, 1883).

IX. — Sur la transfusion du sang défibriné, par C. SANQUIRICO (*Arch. ital. de Biologie, tome IV, fasc.* 2).

X. — Appareil pour la transfusion du sang permettant en même temps l'injection intraveineuse d'une solution saline, par L. BOUVERET (*Lyon méd.* 29 *juin* 1884).

XI. — Ein glücklich verlaufener Fall von E. Schwarz'scher Transfusion (Transfusion par la méthode de Schwarz), par H. HEYDER (*Cent. f. Gynækol.* *n°* 25, 1883).

XII. — Infusion einer Kochsalzlösung beim Menschen wegen hochgradiger Magenblutung, par HACKER (*Wiener med. Woch.*, *n°* 37, 1883).

XIII. — Etude sur la transfusion du sang dans la maladie de Bright, par DIEULAFOY (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 23 *janvier* 1884).

XIV. — Étude sur la transfusion du sang dans le diabète sucré, par DIEULAFOY (*Ibid.*, 6 *février* 1884).

XV. — Transfusion du sang par injection hypodermique, par PALADINI (*Gazz. med. ital. Lombardia*, 25 *août* 1883).

I. — Si l'on pratique à un chien vigoureux et bien portant une abondante saignée, la mort est prochaine lorsque se manifestent les convul-

sions tétaniques, lors même que l'hémorragie serait immédiatement arrêtée; seule la transfusion du sang complet, non défibriné, peut rappeler l'animal à la vie; en pareil cas les injections sous-cutanées d'éther ne produisent aucun résultat.

En relevant sur vingt expériences d'émissions sanguines le rapport existant entre le poids du sang tiré et le poids du corps, M. Hayem a pu démontrer qu'une saignée dont la quantité s'élevait au dix-neuvième du poids du corps était nécessairement mortelle dans un temps variant de quelques minutes à quelques heures; si la saignée est moindre, bien des animaux survivent.

Tous les chiens placés dans de telles conditions et auxquels on pratiquait des injections sous-cutanées d'éther ont succombé; au contraire, la transfusion faite avec du sang complet assurait la survie des animaux. M. Hayem n'a pu constater ni élévation de la température, ni augmentation de la pression sanguine à la suite d'injections hypodermiques d'éther; chez l'animal sain, comme chez celui qui a été saigné, il n'a pu produire qu'une augmentation du nombre des pulsations cardiaques dont l'efficacité en cas de mort par hémorragie est contestable. L'éther, par ses propriétés, serait donc indiqué seulement dans les cas de syncope ou d'état lipothymique prolongés, ou encore dans le collapsus cardiaque, tandis que la transfusion seule complète, faite avec le sang d'un animal de même espèce, non défibriné empêche la mort de se produire.

II. — L'auteur a cherché à reconnaître ce que devenait le sang injecté dans la cavité péritonéale; pour cela il s'est servi de deux sangs morphologiquement dissemblables, et il a injecté dans le péritoine de lapins du sang de canard dont les globules sont elliptiques et possèdent des noyaux susceptibles de coloration; voici le résultat des nombreuses expériences qu'il a pratiquées ; Le sang déposé dans la cavité du péritoine n'irrite pas la séreuse et n'entraîne pas de péritonite; le sang est absorbé non pas par les radicules de la veine porte, mais par les lymphatiques en deux points, par les trous qui se trouvent entre le rectum et la vessie et surtout par les réseaux lymphatiques du diaphragme; la différence de pression des deux cavités thoracique et abdominale et les efforts musculaires jouent un rôle considérable dans le mécanisme de cette absorption. Le sang trouve un obstacle à son passage dans les ganglions lymphatiques; les lymphatiques dilatés outre mesure se rompent et des épanchements périlymphatiques, des echymoses sternales et diaphragmatiques se forment. La présence du sang dans le ganglion produit des modifications remarquables; la cellule ganglionnaire se gonfle, devient très volumineuse et transparente, et l'on trouve dans son intérieur soit des globules sanguins déformés en plus ou moins grand nombre, soit des noyaux de ces globules, soit de véritables boules d'hémoglobine; les voies lymphatiques du ganglion sont encombrées de globules rouges, et ces derniers dissocient ces éléments en faisant apparaître un réseau particulier. La destinée ultérieure des globules rouges absorbés est restée jusqu'à présent inconnue. W. ŒTTINGER.

III. — Dans quelles conditions le sang est-il absorbé par la séreuse péritonéale? Le sang est-il absorbé en nature, arrive-t-il dans sa circulation générale, avec ses éléments propres, tel qu'il a été injecté? Tels sont les divers points examinés par l'auteur.

Le sang est bien absorbé en nature et non pas à l'état de dissolution. Pour en donner la preuve, M. Hayem injecte dans le péritoine d'un chien du sang de chevreau. Les hématies des deux espèces animales offrent de grandes différences. On devait donc reconnaître aisément dans le sang du chien les hématies du chevreau, si le sang était absorbé en nature. Il n'en était rien; au contact du sang du chien, les globules rouges du chevreau sont presque immédiatement détruits.

M. Hayem fit alors l'expérience inverse; injections de sang de chien dans le péritoine du chevreau. On reconnaît dans ces conditions les hématies du sang de chien, en parfait état de conservation circulant dans les canaux vasculaires, dans la lymphe et arrêtées en abondance au niveau des ganglions lymphatiques. Il semble donc que ce soit surtout par la voie lymphatique que se fasse l'absorption.

La transfusion intra-péritonéale équivaudrait à une transfusion intravasculaire faite avec une extrême lenteur. A. C.

IV. — La plèvre absorbe le sang défibriné aussi bien que le péritoine. Après l'injection, il y a augmentation de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, quatre ou cinq heures après l'opération, et cette augmentation peut continuer le quatrième jour après l'injection. Le maximum de cette augmentation a lieu le premier jour. Il ne faut pas que le sang comprime le poumon et détermine de l'atélectasie : dans ce cas, l'hémoglobine du sang n'augmente pas. Enfin, il y a parfois aussi augmentation de l'urée pendant les premières 24 heures.

Les expériences de l'auteur ont été faites sur des lapins. Une transfusion pleurale a été faite, non sans un certain succès par Bozzolo, chez un individu atteint d'anémie ankylostomiasique. F. BALZER.

V. — Des expériences entreprises par l'auteur sur les animaux, les chiens en particulier, il résulte que la solution de chlorure de sodium présente des avantages à peu près égaux à ceux des autres liquides habituellement recommandés pour la transfusion : le sérum sanguin ou le sang défibriné. Le danger des hémorragies considérables réside dans le défaut de rapport qui s'établit entre la masse du sang et la capacité des vaisseaux sanguins. L'indication thérapeutique principale consiste à ramener la masse sanguine à un volume suffisant. La composition du liquide introduit dans les vaisseaux est d'importance secondaire. Il importe peu qu'il renferme ou ne renferme pas de globules sanguins et de substances albuminoïdes.

Le point principal, c'est qu'il soit indifférent pour le sang qui reste dans l'organisme, c'est-à-dire qu'il n'exerce pas d'action destructive sur ses éléments constitutifs, globules ou plasma. A. M.

VI. — Des expériences entreprises par l'auteur sur des chiens, il résulte que :

1° La perte d'albumine est toujours inférieure à la perte de sang, et n'atteint jamais la quantité de sang perdu. Il faut, en moyenne, de 30 à 40 jours pour que la totalité de l'albumine perdue soit régénérée;

2° La régénération des globules sanguins se fait plus rapidement que celle de l'albumine. Dans un cas où la moitié du sang de l'animal avait été remplacée par la solution saline, les globules sanguins étaient revenus à leur chiffre normal 16 jours après l'opération;

3° Le sérum sanguin fourni par un animal de même espèce ou d'espèce différente se comporte à peu près comme la solution de sel à 6 0/0.

H. DE BRINON.

VII. — L'auteur compare les résultats de la transfusion d'eau salée à ceux de la transfusion du sang et conseille d'abandonner la première dans le traitement des hémorragies menaçantes.

Voici les expériences faites dans le laboratoire de Stricker :

Il a recherché quelles étaient les limites de l'hémorragie mortelle. Ces limites ne sont pas absolument fixes. En admettant le chiffre de 7,7 0/0 (Heidenhain), pour représenter le rapport physiologique de la masse du sang au poids du corps chez le chien, l'auteur constate que la mort ne survient, en général, qu'après une perte de 5,12 0/0, soit des 2/3 de la masse sanguine totale (Hayem a vu des hémorragies de 4 0/0 causer la mort), mais que les chiens peuvent perdre jusqu'à 6,57 0/0 par une saignée unique, et que des saignées répétées en un temps très court peuvent fournir jusqu'à 8,04 0/0 du poids du corps. (Ce dernier chiffre ferait douter de l'exactitude de celui d'Heidenhain). D'après une série d'expériences, on peut admettre que 5,12 0/0 représente la limite moyenne des hémorragies compatibles avec la vie : quand un chien a subi cette perte, il est impossible d'annoncer sa mort ou sa survie ; cela dépend des conditions individuelles que nul ne peut apprécier d'avance. Si la transfusion réussit chez lui, on lui attribuera le salut de l'animal.

Tel a été le point de départ des expériences de Maydl. Il a pratiqué la transfusion d'eau salée sur dix chiens, en injectant dans la jugulaire externe : la saignée de l'artère crurale ou carotide avait été poussée jusqu'à cessation des battements du cœur et des mouvements respiratoires. Sur les dix chiens un seul a été sauvé, encore n'avait-il perdu que 4,04 0/0. Six succombèrent immédiatement; un après deux heures et deux dans la première nuit. Deux de ces animaux, saignés à la crurale, n'avaient perdu que 3,2 et 3,47, tandis que la saignée carotidienne avait fourni chez le autres de 5 à 8,45. Ce fait tend à prouver que l'hémorragie par la crurale est plus rapidement mortelle et plus difficilement curable que l'hémorragie par la carotide. Trois chiens avaient déjà subi une saignée antérieure, ce qui les mettait dans des conditions défavorables.

De ces dix expériences, l'auteur conclut :

1° Qu'à la suite d'une hémorragie de 4 0/0, soit de la moitié de la masse sanguine totale, la transfusion salée est inutile, puisque cette hémorragie n'est généralement pas mortelle et que, si elle doit causer la mort, l'opération ne l'en empêchera que dans de très rares circonstances;

2° Qu'à la suite d'une hémorragie de 5,12 0/0 il est impossible d'apprécier la valeur de la transfusion salée, car les animaux non transfusés ont des chances égales de mort et de survie (la moitié succombe) et il est impossible d'attribuer la survie plutôt à la transfusion qu'aux conditions individuelles.

Mais la sévérité de ce jugement est atténuée par un aveu de l'auteur : dans presque tous les cas, la mort qu'il a considérée comme immédiate a été précédée par le retour des pulsations des mouvements respiratoires et des réflexes ; de sorte qu'il a assisté à une résurrection passagère. Aussi doit-il reconnaître que si la transfusion n'a pas sauvé les animaux, elle a eu du moins une action vivifiante.

Ce fait a une grande importance pratique : la transfusion salée empêchera la mort immédiate à la suite des hémorragies graves et donnera au médecin le temps de recourir au traitement par excellence à la transfusion du sang.

La transfusion du sang a fourni, en effet de meilleurs résultats à l'auteur. Sur huit chiens, exsangues comme dans la première série d'expériences, il a obtenu trois fois la guérison complète, une fois la survie de deux jours et demi, une fois la survie d'une nuit : or, dans les cinq cas il y avait eu perte de 5,2 à 6,4 0/0. Les trois autres chiens avaient eu des hémorragies de 4,3, de 6 et de 7,9 0/0

Il ne faut pas injecter plus de 3,4 0/0 de sang défibriné.

En résumé, la transfusion du sang est toujours préférable à la transfusion d'eau salée à la suite des grandes hémorragies.

Après ce parallèle, l'auteur étudie les modifications de la pression sanguine pendant les saignées et après la transfusion. Pour ce qui concerne l'abaissement de la pression dans l'aorte sous l'influence des hémorragies artérielles, il y a de grandes variations suivant les individus ; de même pour le résultat de la compression de l'artère ouverte et des interruptions de l'hémorragie.

Voici enfin quelques observations sur le cœur et la respiration dans ces expériences.

L'auteur injecte 300^{cc} de solution salée chez un chien pesant 11,500 grammes, il voit alors des arrêts diastoliques alterner avec des contractions énergiques. Il injecte encore 400^{cc}, la pression sanguine s'élève de 90 millimètres à 170 ; il laisse la pression s'abaisser à 80 millimètres, puis injecte 950^{cc}. Trois minutes après cette injection, les arrêts diastoliques reparaissent, puis ce sont les systoles qui s'effectuent avec une grande lenteur. Au bout de 3/4 d'heure, l'expérience est terminée : la pression est de 160 millimètres.

Mêmes anomalies de rythme cardiaque chez un chien qui subit une injection de 1,000$_{cc}$, après saignée de 70 grammes.

On ne note pas la dyspnée à la suite des évacuations sanguines, mais bien après les transfusions, surtout après les transfusions du sang ; il ne faut pas la considérer comme un signe défavorable, ni l'attribuer à des coagulations ou à des embolies. Souvent on note le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes.

Les convulsions et les contractures surviennent pendant les hémorragies et peuvent même se manifester après la transfusion. (Voy. plus haut les conclusions de Hayem, p. 287.) L. GALLIARD.

VIII. — Von Bergmann condamne formellement la transfusion du sang qui provoque toujours une dissolution des globules blancs et rouges avec toutes ses conséquences (hémoglobinurie, obstruction des canalicules rénaux, urémie) et entraîne constamment une coagulation du sang de l'individu transfusé par l'effet du ferment de la fibrine.

Il est absolument déraisonnable de vouloir remplacer le sang perdu par de l'autre : 1° parce que le nouveau sang non seulement ne vit pas, mais détruit encore l'ancien qui restait ; 2° parce qu'il n'y a pas lieu ici de remplacer du sang.

La conclusion de Von Bergmann est que toute transfusion de sang animal, directe ou indirecte, qu'elle soit pratiquée avec du sang entier ou

avec du sang défibriné, ne fournit jamais du sang, au contraire. Cela est vrai, aussi de la transfusion péritonéale. J. B.

IX. — Contrairement à l'opinion de M. Hayem, l'auteur croit que le sang défibriné peut servir dans la transfusion non pas comme agent d'amélioration passagère, mais durable. Il n'aurait jamais constaté en effet la destruction rapide de globules rouges conteaus dans le sang défibriné transfusé, fait signalé par M. Hayem depuis plusieurs années déjà. Ces globules d'emprunt se mêleraient aux globules sanguins de l'animal et vivraient de la même vie. Malheureusement l'auteur n'apporte à l'appui de son dire qu'une affirmation sans preuves. C. GIRAUDEAU.

X. — L'appareil imaginé par l'auteur permet de remplir les deux indications principales de la transfusion : augmenter le contenu de l'appareil circulatoire de façon à rendre possible la circulation de la quantité de sang versé dans les vaisseaux; augmenter la masse réelle du sang par l'introduction de sang nouveau. L'appareil satisfait à cette double indication; il établit, au moyen d'un siphon, un courant de solution saline directement dans la veine du transfusé et permet de faire en même temps et d'une façon intermittente, à volonté, une ou plusieurs injections de sang. A. C.

XI. — Hémorragie à la suite de l'arrachement du placenta, telle que la femme est mourante, quand l'auteur peut arrêter le sang par le massage (méthode de Hamilton). Il se décide alors à pratiquer la transfusion de Schwarz. Une solution de sel marin (6 pour 1,000 d'eau distillée et 2 gouttes de soude hydratée) est préparée et chauffée à 40° centigrades. Une première quantité est injectée dans la veine du bras : l'injection dure 5 minutes; on constate dans la carotide un abaissement du pouls de 180 à 140 : 200 grammes sont injectés à une seconde reprise. La malade reste encore une demi-heure dans le coma, et une heure environ après le début de l'opération, la malade revient à la vie. Les suites de couches furent normales.

L'auteur avait employé pour l'injection un irrigateur en verre contenant environ 250 grammes, une canule en métal et un tube en caoutchouc long de 120 centimètres. La pression du liquide était de 90 centimètres à 1 mètre.

H. DE BRINON.

XII. — On a publié jusqu'ici neuf observations de transfusion d'eau salée chez des sujets exsangues; l'opération, inaugurée chez l'homme en 1881 par Bischof, était d'abord pratiquée par le bout périphérique de l'artère radiale, mais elle détermina dans un cas la gangrène de la main, aussi les quatre derniers opérateurs ont-ils choisi la veine médiane. Tentée souvent chez des moribonds, elle n'a fourni que cinq guérisons complètes : c'est un résultat relativement satisfaisant, qui doit encourager les chirurgiens. Voici un fait nouveau :

Un homme de 33 ans, parvenu au dernier degré de collapsus à la suite d'hématémeses dues à un ulcère de l'estomac, est apporté à la clinique de Nothnagel. L'auteur, ne pouvant penser à une opération curative, se dispose à injecter dans la veine médiane basitique une solution de 6 grammes de chlorure de sodium dans un litre d'eau distillée, neutralisée. Le liquide à 39°, placé dans un vase auquel est adapté un tuyau de 80 centimètres pénètre avec une grande facilité dans la veine. On injecte 1,500 grammes; l'opération dure 15 minutes. Au bout de quelques minutes le pouls se relève, se régularise et se ralentit (88 pulsations au lieu de 122).

Au bout d'une demi-heure nouvelle hématémèse de 2 litres de sang brun foncé mêlé de caillots. Collapsus. Mort 3 heures 35 après la transfusion.

Autopsie. — L'estomac contient une grande quantité de sang liquide et de sang coagulé. Ulcère situé sur la petite courbure avec perforation de l'artère splénique. L. GALLIARD.

XIII. — L'auteur rapporte trois cas où il a eu recours à ce procédé thérapeutique.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 27 ans atteinte d'accidents urémiques dans le cours d'une maladie de Bright : attaques épileptiformes, vomissements, céphalalgie, tendance au coma.

Le 20 septembre on injecta 125 grammes de sang. Le jour même la céphalalgie et les vomissements cessèrent, l'albumine tomba de 3 gr, 66 à 1 gr, 82 puis progressivement jusqu'à 0,30, tandis que l'amélioration s'accentuait sur tous les points ; la malade partit en bon état le 27 novembre.

Le 3 décembre on la rapporte dans un état grave ; vomissements, hyperthermie, torpeur semi-comateuse.

Le 4 décembre, transfusion de 110 grammes de sang ; le lendemain amélioration, les urines ont augmenté de 650 à 1,300, l'état comateux a disparu ; mais l'albumine ne diminue pas ; des accidents de congestion pulmonaire éclatent et la malade meurt le 25 décembre.

A l'autopsie on trouve les lésions de la néphrite interstitielle et de l'hypertrophie cardiaque.

2e cas. — La transfusion est pratiquée *in extremis* sans succès chez un saturnin tombé dans le collapsus. Le malade meurt le lendemain.

3e cas. — Un brightique de 55 ans, chez lequel la dyspnée est le symptôme dominant, sans râle dans la poitrine, subit la transfusion de 100 grammes de sang, — dès le lendemain amélioration — l'urine monte de 900 grammes à 2,500, la dyspnée a disparu et le malade part en bon état au bout de huit jours.

Dieulafoy regarde comme démontré : 1° que la transfusion est inoffensive, même aux périodes ultimes de la maladie ; 2° qu'elle a une action salutaire sur les accidents urémiques et peut les enrayer pour une durée probablement variable suivant la nature et l'intensité des liaisons.

H. L.

XIV. — X..., âgé de 46 ans, présente depuis trois ans les signes caractéristiques du diabète. A son entrée à l'hôpital on trouve dans les urines 1gr, 31 d'albumine, 17gr, 31 d'urée et 25 grammes de sucre par litre. Le malade urine un peu plus d'un litre.

L'alimentation exerce sur ce malade un effet très accentué ; il est soumis à un régime consistant en pain 650 grammes, lait 4 litres, viande 700 grammes et vin, et on voit en quelques jours l'albumine disparaître, l'urée s'élever à 60 grammes, le sucre à 260 grammes, quoique l'état général soit très amélioré. Trois transfusions pratiquées le 23 novembre, le 7 et le 14 décembre n'amenèrent aucune modification dans les urines. H. L.

XV. — L'auteur, se trouvant en présence d'une femme exsangue et moribonde, à la suite de ménorragies profuses, et n'ayant pas sous la main d'appareil de transfusion, eut recours au moyen suivant. Il plongea un trocart dans le tissu cellulaire de l'abdomen et injecta à l'aide d'une seringue métallique environ 180 centimètres cubes de sang pris au mari. Le sang ainsi injecté forma une collection du volume d'un œuf qui avait disparu deux heures plus tard, ne laissant qu'une légère ecchymose. La malade, qui ne ressentit aucune douleur, éprouva une amélioration immédiate et à partir de ce moment put garder les aliments qui étaient vomis auparavant presque aussitôt.

A. CARTAZ.

Sur la valeur diagnostique du bruit métallique dans les lésions partielles des artères, par WAHL (*St-Petersburger med. Wochenschr.*, *n°* 1, 1884).

W... a trouvé que si quelque part sur le trajet d'un tube artériel il existe une ouverture qui n'est pas complètement obturée par un caillot sanguin, on entend sur toute la longueur du vaisseau (en aval et en amont de la blessure), par l'intermédiaire du stéthoscope, un bruit métallique bien accusé. Ce symptôme permet à l'opérateur de prévoir, dans les cas de blessures des artères, les hémorragies secondaires et de les éviter à temps en appliquant une ligature sur l'artère lésée à l'endroit même de la blessure.

L'auteur cite deux cas de sa pratique clinique à l'appui de sa thèse.

Dans le premier, un jeune homme fut blessé au bras avec un instrument piquant. Huit jours après il entrait à l'hôpital. A l'auscultation avec le stéthoscope on entendait un bruit métallique dans l'artère brachiale et radiale. Le diagnostic d'une *lésion partielle de l'artère brachiale* se confirma dès le lendemain : une hémorragie secondaire survint, et quand le tiers inférieur de l'artère fut mis à nu, on constata dans sa paroi une ouverture de 6 millimètres de longueur. La ligature des deux bouts de l'artère (périphérique et central) avec excision de la partie lésée amena une complète guérison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une blessure par arme à feu de l'artère sous-clavière gauche. En aval de la blessure on n'entendait ni pouls, ni bruit métallique. En conséquence, on admit un déchirement complet du vaisseau et on procéda immédiatement à la ligature à l'endroit même de la blessure. En effet, l'artère fut trouvée presque rompue : à l'endroit d'une ouverture de 2 centimètres il n'y avait qu'une petite travée large de 2 millimètres qui maintenait encore la continuité du tube vasculaire. Après enlèvement d'une grande masse de caillots sanguins (ils bouchaient le vaisseau et empêchaient ainsi l'apparition du bruit systolique) et la mise à nu de l'artère dans la plaie, une double ligature fut appliquée avec excision de la partie lésée. Guérison complète. W. HOLSTEIN.

Unterbindung der Arteria iliaca communis wegen eines Aneurysma-Heilung (Ligature de l'iliaque primitive pour un anévrisme. Guérison), par STETTER (*Centralbl. f. Chir.*, *n°* 10, *p.* 160, 1884).

Homme de 75 ans ; début depuis un an. Tumeur inguino-iliaque volumineuse, pulsatile, à souffle systolique ; douleurs très violentes ; paralysie du membre. Schönborn diagnostiqua un anévrisme de l'iliaque interne propagé à l'externe et pratiqua l'opération sous le spray au thymol. Incision convexe inférieurement depuis le tiers inférieur de l'arcade crurale jusqu'à la 12e côte (34 cent. de longueur) ; division des parties molles sur la sonde cannelée jusqu'au péritoine ; refoulement du péritoine et des intestins en dedans. L'iliaque primitive ramollie, dilatée et infléchie à angle aigu est liée avec un fort fil de catgut coupé ras. On constate ensuite que l'anévrisme siège sur l'hypogastrique, mais l'iliaque externe est également dilatée à son origine dans une étendue de 3 centimètres. Les deux artères sont athéromateuses. Drainage, suture, Lister. — Malgré une gangrène étendue des bords de la plaie, la réunion immédiate se fit profondément et le malade guérit en deux mois et demi sans autre trouble du côté de la circulation que la disparition des pulsations artérielles du membre inférieur.

Reprenant la statistique de Kümmel et y ajoutant deux nouveaux faits de Barwell et le sien, l'auteur montre que, sur 39 ligatures de l'iliaque

primitive pour anévrismes, il y a eu 29 morts (74,3 0/0). L'application de la méthode antiseptique devra certainement abaisser cette proportion.

Richter, dans une note ajoutée à ce travail, mentionne 10 faits de ligature de l'iliaque primitive qui ont échappé à Kümmel et à Stetter; sur ces 10 faits, 4 concernent des ligatures pour anévrismes et se sont tous terminés par la mort, ce qui donnerait, pour la ligature dans les cas d'anévrisme, 43 opérations avec 33 morts (76,7 0/0). DE SANTI.

Doppelseitiges Aneurysma der Carotis communis durch Unterbindung beider Carotiden geheilt. (Anévrismes des deux carotides primitives, guéris par la ligature de ces deux artères), par O. RIEGNER (*Centralblatt f. Chirurgie*, n° 26, *p.* 431, 1884).

Un homme de 54 ans se présente en septembre 1881, pour un anévrisme de la carotide primitive gauche du volume d'un œuf, apparu sans cause apparente depuis six semaines. Compression digitale pendant 4 jours, iodure de potassium et diète. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminue, mais, à la suite d'un voyage, recommence à grossir. Le 21 septembre ligature de la carotide primitive gauche à la partie inférieure du cou par le procédé d'Allan Burns; double ligature au catgut et section de l'artère, pansement de Neuber; réunion par première intention. Guérison complète sans le moindre accident.

En 1882, l'opéré éprouve des douleurs sur le trajet de la carotide droite ; en septembre 1883, anévrisme de la grosseur d'une noix traité sans succès par les injections d'ergotine. En avril 1884 la tumeur a acquis le volume d'un œuf d'oie. La compression digitale s'accompagne de phénomènes cérébraux qui en rendent l'application difficile. — Le 5 avril, ligature de la carotide primitive droite à la base du cou; double ligature au catgut sublimé. Pansement de Neuber. — Quelques phénomènes cérébraux le lendemain. Marche apyrétique. Réunion par première intention ; l'opéré sortait guéri le 23 avril. Présenté un mois plus tard à la Société de médecine de Breslau, il ne présentait plus, à la place de l'ancien anévrisme, qu'un noyau induré de la grosseur d'un haricot. Du côté gauche une forte collatérale remplaçait la carotide absente; du côté droit une branche de la thyroïdienne inférieure s'étendait du milieu de la clavicule jusqu'au larynx. L'opéré a repris ses occupations. — C'est le premier cas de ligature bilatérale de la carotide primitive pour un anévrisme bilatéral. DE SANTI.

Ligation of the primitive iliac artery for the relief of secondary hemorrhage after amputation at the hip-joint, par John-H. PACKARD (*Transactions of the American Surg. Association*, *I*, p. 225).

L'auteur a dû pratiquer la désarticulation de la cuisse chez un jeune homme de 23 ans, qui avait été amputé de la cuisse quelques mois auparavant et qui avait eu une ostéomyélite du moignon étendue jusqu'à la racine du membre. Ligature préventive de la fémorale au-dessous du ligament de Poupart. Au sixième jour, hémorragie dans le fond de la plaie : la compression de l'iliaque externe ne l'arrêtant pas et l'hémorragie s'étant produite avec assez d'abondance, Packard pratique la ligature de l'iliaque primitive. Guérison parfaite.

Quelques années auparavant un cas analogue s'était présenté à son observation, mais il put arrêter l'hémorragie sans recourir à la ligature. Il s'agissait aussi d'une désarticulation de la cuisse pour nécrose du fémur après amputation. L'artère fémorale fut liée avant la taille des lambeaux. Au huitième

jour, une hémorragie profuse nécessite la ligature de l'iliaque externe. A la chute du fil de cette dernière ligature, au vingt-deuxième jour, nouvelle hémorragie qui ne put être arrêtée que par la compression directe prolongée deux semaines.

Packard regarde les branches de l'iliaque interne comme la source principale de ces hémorragies secondaires tardives. Il a relevé à propos de cette observation tous les cas de ligature de l'iliaque primitive et il en a réuni 67, y compris le sien, donnant 14 guérisons, 51 décès ; 2 résultats non indiqués.

Les résultats peuvent se décomposer ainsi :

1° Ligatures pour arrêter une hémorragie : 22 cas, 5 guérisons, 19 morts;

2° Ligatures pour la cure d'anévrismes : 35 cas, 9 guérisons, 24 morts, 2 résultats non indiqués ;

3° Ligatures pour tumeurs simulant des anévrismes : 5 cas, 4 morts, 1 guérison;

4° Ligatures pour assurer l'hémostase dans l'ablation de tumeurs malignes ou autres : 8 cas, 3 morts. A. CARTAZ.

A contribution to the history of ligation of the common femoral artery, par Mc Lane TIFFANY (*Medical News, vol. II, p.* 3, 5 *juillet* 1884).

Les chirurgiens américains désignent sous le nom de fémorale commune la portion de l'artère fémorale qui s'étend depuis l'iliaque externe jusqu'à l'origine de la fémorale profonde. La ligature de cette artère, préconisée par quelques chirurgiens, Porter, Mott, etc., est condamnée par le plus grand nombre. Le travail de l'auteur est un plaidoyer chaleureux en faveur de cette opération dans les cas d'anévrisme ou d'éléphantiasis.

Après avoir rapporté ce fait, l'auteur indique un certain nombre d'opérations analogues et de leur discussion, en particulier, de la discussion du mémoire de Rabe (*Deutsche Zeitschrift, für Chir.* 1875), et des observations de la guerre de la sécession, il conclut :

1° Que la ligature de la fémorale commune dans sa continuité est une mauvaise opération dans les cas d'hémorragie traumatique où la ligature des deux bouts est la seule règle à suivre ;

2° Que la ligature de la fémorale commune est une bonne opération dans les cas d'éléphantiasis ou d'anévrisme ;

3° Que, pour faire cette ligature, il faut inciser largement le canal crural et examiner avec soin le vaisseau depuis l'origine de l'épigastrique jusqu'à celle de la fémorale profonde ; la ligature ne doit pas être faite à moins de 1/2 à 3/4 de pouce de ces deux artères;

4° Que le lieu le plus favorable pour cette ligature est ordinairement à 1/2 ou 3/4 de pouce au-dessous de l'arcade crurale, la longueur moyenne de la fémorale commune étant de 1 pouce 1/4. Si la fémorale profonde naissait plus près de l'épigastrique, il faudrait lier les deux fémorales ;

5° Que la présence d'une petite collatérale au voisinage de la ligature ne contrindique pas l'opération, mais il faut lier cette collatérale.

DE SANTI.

Ligature sous-cutanée de l'artère brachiale; réunion par première intention, par CANNIZARO (*La Sperimentale, juin* 1884).

Plaie de l'avant-bras droit par un coup de poignard, à trois travers de doigt du pli du coude; plaie des artères cubitale et interosseuse. L'hémorragie est arrêtée par la compression et des applications de neige. Hémorragies secondaires; tentatives infructueuses de ligature dans la plaie. Ligature de l'humérale; réunion immédiate. Le pouls était perceptible dans la radiale le 14e jour. A. C.

I. — Experimenteller Beitrag zur Frage der Lungenextirpation, par Th. GLUCK (*Berliner klinische Wochenschrift*, 31 *octobre* 1881).

II. — Ueber Lungenresection und ihre Indicationen, par BLOCK (*Idem*, 17 *juillet* 1882).

III. — Ueber Lungenchirurgie, par MOSLER, et discussion du Congrès allemand de médecine (*Idem*, 7 *mai* 1883).

IV. — Ueber Lungenchirurgie, par KROENLEIN (*Idem*, 3 *mars* 1884).

I. — Gluck conclut de ses expériences :

La ligature du hile d'un poumon, de même que l'extirpation d'un poumon sont parfaitement supportées par les lapins. Ces animaux guérissent de ces opérations, lorsque le traitement consécutif est soigneux et que la plaie suit une évolution aseptique. Il se produit alors une réunion, par première intention, des parois vasculaires liées et l'on ne voit pas survenir de thrombose cardiaque.

Le pédicule pulmonaire lié, au lieu de se mortifier, continue à vivre et participe activement à la cicatrisation du point ligaturé.

Jamais Gluck n'a observé d'hémorragies secondaires, après la chute de la ligature.

Dans les cas défavorables, la mort a lieu par péricardite et pleurésie du côté non opéré, mais jamais il ne se fait de thrombose cardiaque.

II. — Sur plus d'une cinquantaine d'animaux (lapins, chiens, porcs, vache) Block a pratiqué la résection de portions de poumons sains ou tuberculeux. Voici ses conclusions :

Les animaux supportent très bien, sans être anesthésiés, cette opération. Le restant des poumons subit une ampliation compensatrice, en même temps que rétrocède le pneumothorax tenant à l'opération.

Chez l'homme, la résection partielle du poumon semble indiquée dans les cas suivants : 1° hémorragies pulmonaires traumatiques ; 2° corps étrangers; 3° phtisie surtout; Block la considérant comme une affection locale dans son stade initial.

III. — Les bons effets des cautérisations cutanées au niveau de portions de poumons malades ont conduit à ouvrir les cavernes à l'aide du cautère actuel.

A l'exemple de W. Koch, Mosler a fait, dans le parenchyme pulmonaire caverneux, des injections phéniquées et obtenu une guérison. Mais beaucoup de cavernes n'ont pas été modifiées par cette médication qui d'ailleurs n'est pas applicable en toute circonstance. C'est ce qui avait amené Mosler à attaquer de l'extérieur les cavernes; en procédant ainsi,

il a vu plusieurs fois les excavations se cicatriser, mais les malades n'en succombaient pas moins.

Les kystes hydatiques du poumon lui ont fourni sur ce point des résultats bien meilleurs.

Chez un jeune garçon atteint de dilatation sacciforme des bronches avec sécrétion putride, Mosler a ouvert une cavité bronchique, par la paroi thoracique antérieure, au-dessous de la troisième côte. Il perça toute la portion de poumon gangrenée et établit une contre-ouverture au-dessous de l'angle de l'omoplate. Il évacua ainsi un liquide brun, d'odeur cadavérique et de nombreux lambeaux de poumon mortifié. Mais l'opéré succomba quelques jours plus tard à la septicémie.

Mosler conseille d'ouvrir les cavernes avec le thermocautère et de se contenter ensuite de les laver avec l'acide salicylique. En revanche, il est l'adversaire de la résection du poumon, spécialement chez les tuberculeux.

Dans la discussion du deuxième congrès de médecine, *Rühle* demande que la réunion se prononce contre toute intervention chirurgicale chez les phtisiques et cela d'autant mieux qu'il est extrêmement difficile de délimiter exactement les cavernes.

Leyden admet qu'il y a lieu d'intervenir par une opération dans la gangrène pulmonaire circonscrite, dans la bronchite putride et en cas d'excavations.

IV. — Krœnlein rapporte une observation de résection partielle de la paroi thoracique et du poumon, nécessitée par une prompte récidive d'un sarcome à cellules rondes d'une des côtes gauches. Le noyau sarcomateux extirpé du poumon avait le volume d'une noix.

L'opérée, une jeune fille de 18 ans, a guéri sans incident; deux fois seulement la température vespérale atteignit 38°,2. (*R. S. M.*, III, 709 ; V, 232; XVI, 545; XX, 463, 518 et 692; XXI, 693, 695 et 696; XXIII, 704.) J. B.

I. — Gangrene of the lungs treated by drainage, recovery, par CAYLEY et GOULD (*Royal med. and chir. Society; Med. Times*, 31 *mai* 1884).

II. — On the treatment of pus-secreting basic cavities of the lung by the methode of paracentesis and free drainage, par BISS (*Ibidem*).

III. — Surgical treatment of gangrene of the lung, par Christian FENGER (*Illinois stase med. Society; Med. News*, 7 *juin* 1884).

IV. — Drainage der rechten Lungenspitze wegen bronchiektatischer Kavernenbildung (Drainage du sommet droit dans une bronchiectasie), par Carl LAUENSTEIN (*Centralbl. f. Chir*, *n°* 18, *p.* 290, 1884).

V. — Abcess of lung cured by incision and drainage, par TEALE (*Lancet, juillet* 1884).

VI. — Gangrene of the lung, in which the cavity was tapped, par Magee FINNY (*The Dublin journ. of med. Sc.*, 19 *janvier* 1884).

VII. — On a case of gangrene of the lung treated by incision and drainage, par DRINKWATER (*Transact. of the Northumberland and Durham Soc.* ; *London, med. Record*, 15 *mai* 1884).

VIII. — De la pneumotomie, revue critique, par A. CARTAZ (*Gaz. Méd. de Paris*, 25 *octobre* 1884.)

I. — Jeune fille de 12 ans, entrée le 18 janvier à Middlesex hospital, pour un abcès de l'apophyse mastoïde gauche avec dénudation osseuse. M. Gould ouvre l'abcès, rugine l'os et enlève quelques petits fragments nécrosés de l'apophyse. Le 28 janvier, apparition des signes de pyohémie, frisson, fièvre à type rémittent. Le 2 février, pleurésie du côté droit. Le 7 février, dyspnée, expectoration de pus fétide. Le 16 février, les symptômes allant croissant, l'enfant se trouvant dans un état de prostration grave, on décide de pratiquer le drainage du poumon gangréné. La ponction fut faite avec un large trocart, et on laissa un tube à demeure. Evacuation de pus fétide et plus tard d'un fragment de poumon gangréné. Quérison rapide. L'enfant quittait l'hôpital le 27 mars.

II. — Homme de 32 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires; toux et expectoration abondante depuis six mois. On trouve à la base du poumon droit une induration s'étendant jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec absence de murmure vésiculaire et de frémissement thoracique. On diagnostiqua un abcès de la base du poumon avec léger épanchement dans la plèvre. Une ponction exploratrice ne donne rien. Bientôt apparaissent des signes de caverne, avec fièvre hectique. Quinze jours plus tard, aucune amélioration ne s'étant produite par le traitement interne, nouvelle ponction exploratrice, sans résultats.

M. Marshall pratique alors une incision de deux pouces de longueur dans le dixième espace intercostal, sur le point où l'on perçoit le maximum des bruits caverneux; la plèvre mise à nu, on enfonce un trocart à 4 pouces de profondeur, on pénètre dans une cavité d'où sortent des bouffées d'air fétide et un peu de pus teinté de sang. La plaie et la cavité sont tamponnées pour arrêter l'hémorragie, et le lendemain on pose un drain qui donne issue au pus. Les symptômes pulmonaires s'amendèrent un peu; mais le dixième jour après l'opération, on constatait des signes d'abcès cérébral et le malade mourait le vingtième jour.

A l'autopsie, on trouve des cavités bronchectasiques dans le poumon droit; c'est dans la plus large qu'avait porté la ponction. Poumon fibroïde et rétracté. Deux abcès dans le cerveau. Poumon gauche et autres organes sains. Pas de tuberculose.

Dans la discussion qui a suivi ces deux présentations, divers membres de la Société ont communiqué des faits analogues.

Godtee rappelle un cas du service de Biss à Brompton hospital où les signes physiques semblaient indiquer très nettement la présence de deux cavernes. Une première ponction exploratrice ne donna aucun résultat; une seconde ponction tombe juste dans une cavité. Un fragment de côte fut réséqué; il n'existait pas d'adhérences pleurales. Le poumon fut fixé à l'ouverture pleurale et une quinzaine plus tard, de nouvelles ponctions furent faites toujours sans résultat. Après une de ces opérations, le malade expectora une grande quantité de pus épais et fétide. Dans un autre cas (service du Dr Bastian), il ponctionna avec succès une petite caverne.

Walsham a ponctionné une caverne du sommet; on vida la cavité qui contenait du pus fétide, on fit des lavages à l'acide phénique. Les lavages d'abord très irritants, furent mieux supportés, la cavité fut fermée et le malade soulagé.

Broadbent a vidé de même une cavité de la base du poumon; la toux fut diminuée, mais la fièvre hectique persista; plus tard, il y eut amélioration de l'état général. Le malade voulut partir pour le sud de la France et mourut peu de temps après son arrivée.

Powell ne croit pas que les dangers de cette opération dépassent ceux que crée la maladie elle-même.

Kingston Fowler rapporte l'observation d'un malade, âgé de 47 ans, atteint de bronchorrée à la suite d'une extirpation de dent, qui tomba dans le conduit aérien. Il expectorait par 24 heures près d'une demi-pinte de pus mousseux et avait des quintes de toux effrayantes. On reconnut, après un certain temps, les signes d'un abcès cavitaire à la base du poumon droit. Le professeur Marshall fit une ponction sans résultats; on fit alors l'incision de la paroi et on retira du pus sanieux. Légère expectoration sanguinolente. Le doigt engagé dans la plaie montra qu'il y avait bien une cavité enveloppée par du tissu pulmonaire dur, fibroïde. On ne put trouver le corps étranger. Une incision plus large fut faite dans le poumon; il s'ensuivit une hémorragie violente qu'on arrêta au moyen de tampons de gaze phéniquée. Le troisième jour, on retira le pansement et on mit un drain à demeure; écoulement de pus analogue aux crachats. Petit à petit l'expectoration devint moins abondante: 5 onces par jour, puis 3 onces et la cavité s'est rétrécie; le tube fut retiré en octobre; l'opération avait eu lieu le 3 mars. Le malade toussait et crachait toujours, mais sa santé générale s'était améliorée et il avait augmenté de poids.

III. — Fenger rapporte l'observation suivante : malade de 34 ans, atteint de gangrène pulmonaire vers la fin d'une pneumonie. Une ponction exploratrice montra, après les signes d'auscultation, l'existence d'une caverne dans la région sous-mammaire droite. Une incision fut faite le long de la clavicule les fragments de côtes réséqués et l'aiguille à ponction servant de conducteur; on pratiqua dans la cavité pulmonaire, avec le thermo-cautère de Paquelin, une ouverture pouvant admettre le doigt. La cavité fut lavée; un pansement antiseptique appliqué. Des fragments de poumon gangréné sortiren ultérieurement par l'ouverture. Cinq heures après l'opération, l'odeur fétide avait déjà diminué. Mais chaque lavage amenait des quintes de toux violentes. Cinq semaines après l'opération, le malade était en voie de guérison.

A. CARTAZ.

IV. — Homme de 37 ans, sans antécédents tuberculeux, affection pulmonaire remontant à six mois. Son tympanique à la percussion dans la région du sommet droit; expiration prolongée, souffle amphorique et tintement métallique dans la même région; — catarrhe bronchique généralisé. Toux presque continue; le malade expectore, dans les 24 heures, 300 centimètres d'un liquide fétide, blanc-jaunâtre, ne contenant pas de bacilles. Température 38°,8 à 40°; pouls 108 à 136; respiration 30 à 44.

8 jours après son entrée, on pratique, à un jour d'intervalle, deux ponctions exploratrices avec l'aiguille de Dieulafoy, et on constate, par l'immobilité de l'aiguille dans les excursions thoraciques, que le sommet droit communique à la paroi costale par des adhérences solides; la seconde ponction amène un liquide fétide et muco-purulent. — Le 12 mars, sous les précautions antiseptiques les plus strictes, résection sous-périostée de 4 centimètres de la deuxième côte, puis ponction de la cavité avec un trocart; aucun liquide ne s'écoule, on introduit alors une pince dilatatrice dans la voie créée par le trocart et on dilate le trajet jusqu'à ce qu'il permette la pénétration du doigt. L'index introduit de la sorte pénètre dans une cavité à parois épaisses, indurées, irrégulières dans laquelle il disparaît tout entier; lavage de cette cavité avec une solution salicylée, drain du calibre du doigt; pansement de Lister. — Hémorragie et hémoptysie insignifiantes; pas trace de pneumo-thorax. — A partir du deuxième jour le liquide fétide commence à s'écouler régulièrement par le drain et l'expectoration diminue rapidement. — Lavages à l'acide salicylique; iodoforme et acide borique. Un mois et demi après l'opération, la plaie était cicatrisée, l'expectoration devenue inodore et notablement amoindrie, les

signes stéthoscopiques du sommet droit avaient disparu; le malade quitta l'hôpital.

Il y rentre en septembre 1883 avec les signes d'une récidive, induration du sommet, expectoration abondante et fétide, état général précaire. Toujours pas de bacilles. En octobre, la cicatrise se rouvre, donne passage pendant quelques jours à une évacuation abondante de pus, puis tout rentre dans l'état normal et le malade se rétablit. — En mars 1884, un an environ après l'opération, sauf un peu de rudesse de la respiration au sommet droit et quelques rhonchus disséminés dans les deux poumons, on ne trouve plus rien. Etat général satisfaisant.

Les motifs qui ont poussé le chirurgien à l'opération sont les suivants : absence d'antécédents héréditaires et de bacilles, constatation, à l'aide de la ponction, de l'existence d'une cavité purulente et enfin certitude d'une solide adhérence pleurale. DE SANTI.

V. — Un homme de 54 ans entre à l'hôpital avec des signes de pleurésie chronique ; une ponction ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide; une seconde ponction, faite un peu plus haut, permet de retirer une pinte de liquide purulent. On pratique l'empyème, rien ne sort. On ponctionne le poumon et sur la ponction on incise de façon à laisser passer le doigt. Issue de deux pintes de pus horriblement fétide. Tube à drainage de six pouces de long ; lavages avec une solution faible d'acide phénique. Pendant 4 mois, le malade courut de grands dangers, par suite de l'empoisonnement septique. Il finit par guérir complètement et reprit ses occupations très actives.

VI. — Homme de 30 ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie gauche aiguë accompagnée d'un point de côté d'une intensité extrême : fièvre violente, toux médiocre sans expectoration, tels étaient les symptômes initiaux. Le mal avait débuté à la suite d'un refroidissement contracté trois semaines auparavant. Les signes physiques étaient ceux d'un épanchement modéré.

On porta le diagnostic de pleurésie aiguë avec épanchement peut-être purulent, en raison de la haute température vespérale. Pendant quelques jours l'état resta stationnaire, avec tendance à l'amélioration, lorsque la fièvre s'accrut, ainsi que la toux : il devenait probable qu'une complication pneumonique se préparait. Au bout d'une nuit de toux quinteuse et angoissante, il rendit une vomique de pus d'un gris sale, abominablement fétide; et tomba dans le collapsus.

Pendant dix jours consécutifs, l'expectoration garda le même caractère, et des phénomènes d'infection putride apparurent en même temps que l'amaigrissement devenait extrême. L'auscultation révélait les signes d'un pyopneumothorax, avec tintement métallique et gargouillement. Devant ces phénomènes et en présence surtout de l'état général l'auteur voulait faire l'empyème; il en fut détourné par la majorité de ses collègues, qui considéraient la pleurésie comme étant surtout sèche. Néanmoins, une ponction aspiratrice fut faite sur la ligne axillaire, au-dessus de la 7e côte. Elle fut négative trois jours après, une seconde ponction fut pratiquée à l'angle de l'omoplate, et ramena quelques gouttes de pus gangréneux Sur l'aiguille comme conducteur, on ouvrit l'espace intercostal, et tomba dans la cavité, qui contenait beaucoup moins de pus qu'on ne le supposait. Malgré des lavages antiseptiques, le malade ne survécut que deux jours à cette intervention faite *in extremis*.

Autopsie. Gangrène de la peau et de la paroi musculaire au niveau de la plaie. La cavité ouverte par l'empyème n'était pas la plus importante : il y avait au-dessus un vaste foyer gangréneux qui occupait la base du lobe supérieur du poumon. La gangrène était diffuse.

L'auteur conclut de ce fait que la pleuropneumonie grangréneuse gagne

de proche en proche le parenchyme pulmonaire sain, par le seul contact des sécrétions ichoreuses : que par suite l'indication impérieuse est de donner une issue aux produits putrides.

En cas de gangrène diffuse, les chances de guérison sont minimes; cependant les antiseptiques et l'eucalyptus, employés à temps, rendent de véritables services.

L'opération de la ponction et de l'empyème est toujours indiquée, et il faut la pratiquer de bonne heure, au point où s'entendent les signes cavitaires. Cela fait, maintenir un drain en permanence et laver la plaie largement avec des solutions antiseptiques. H. R.

VII. — Homme de 63 ans, atteint de bronchorrée. En décembre 1881, signes de gangrène pulmonaire ; en janvier (1882), apparition d'une tumeur indolente, dure, puis fluctuante dans la région sous-claviculaire.

Le 13 janvier, emphysème superficiel. Incision. Pus fétide mélangé d'air. Un drain est passé à travers la perforation de l'espace intercostal. Les symptômes graves s'atténuèrent momentanément ; en mars, le malade était à toute extrémité. L'auteur élargit la plaie ancienne, divisa largement les muscles intercostaux, réséqua un pouce et quart de la 3e côte et enleva la partie supérieure (gangrénée) du poumon avec le doigt et le manche du bistouri. Large drain. Lavages au permanganate de potasse et à l'acide phénique. L'écoulement cessa d'être fétide et à la fin de novembre la plaie était complètement guérie. A. CARTAZ.

Beitrag zur Casuistik der Lungen-Chirurgie, par ROHDEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, 1884).

Une femme de 20 ans est atteinte de pneumonie gauche au mois de juin 1882; deux mois plus tard on constate chez elle un épanchement pleurétique du même côté avec fièvre, douleurs, mauvais état général. Le 6 août, une ponction fournit 1,100 grammes de pus infect. Injection de solution salicylée dans la plèvre.

Le 8 août, on pratique l'empyème; après évacuation d'une certaine quantité de liquide, l'auteur introduit le doigt dans la cavité et détache des adhérences; nouvel écoulement de pus fétide. Drainage et lavage à l'acide salicylique. A partir de ce moment la fièvre diminue, l'état général s'améliore. On enlève le drain le 30 août.

Mais bientôt la fièvre et les phénomènes graves reparaissent. L'épanchement paraît s'être reproduit. Le chirurgien introduit le doigt, puis un drain dans la plaie. Cette manœuvre détermine l'ouverture d'un abcès pulmonaire, car la patiente se met à tousser et crache du pus et du sang jusqu'au 20 septembre. Cependant on a continué les lavages et le drain a pu être enlevé. L'état général est satisfaisant. C'est seulement au bout de quelques mois que la fistule se ferme et que la guérison peut être considérée comme définitive.

L. GALLIARD.

Zur Behandlung der Speichelfistel (Du traitement de la fistule salivaire), par C. KAUFFMANN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XVIII, p.* 286, 1883).

Kauffmann a eu l'occasion d'observer, de 1880 à 1882, 3 cas de fistule salivaire du canal de Sténon, les 2 premières dues à des blessures de la joue et à la section du canal, la troisième consécutive à l'ablation d'un sarcome de la face qui emporta avec lui une bonne longueur du conduit salivaire. C'étaient toutes trois des fistules massétérines; dans le

second cas le canal de Sténon avait été coupé en 3 endroits différents.

Kauffmann observa une guérison spontanée, par suite de suppression de la sécrétion salivaire, dans un des cas; il traita les autres en faisant passer un drain en caoutchouc de la fistule dans la bouche et en amenant, ainsi la salive du bout postérieur dans la cavité buccale au niveau de la dent de sagesse. Le drain fut laissé en place, raccourci, puis enlevé. Dans le 1er cas il constata que le nouveau trajet formé par le tube s'ouvrait manifestement dans le vestibule et que la salive s'y écoulait facilement; dans le second cas, il constata que, malgré une guérison complète de la fistule, la salive ne coulait plus dans la bouche après le retrait du tube. Il s'était produit un arrêt de la sécrétion salivaire par suite d'une sorte d'atrophie fonctionnelle de la parotide. E. SCHWARTZ.

Tumeur érectile de la région parotidienne chez un enfant de 11 mois. Ligature de la carotide primitive, guérison par BERTIN, de Gray. (*Le concours méd., p.* 525, *septembre* 1884).

Petite fille, nourrie au sein, présentant à la région parotidienne droite une tache rosée, reposant sur une tumeur élastique comme fluctuante, de 3 centimètres de diamètre. On diagnostiqua tout d'abord un kyste; une ponction exploratrice ne donna que du sang; on fit cependant à quelques jours de distance deux injections d'une solution iodurée, puis de teinture d'iode pure. A la suite de ces injections, la tumeur prit un accroissement rapide, s'étendit vers l'oreille et prit la teinte bleuâtre des tumeurs angiomateuses. Les injections de perchlorure de fer au centre de la tumeur n'ayant pas donné grands résultats, M. Bertin pratiqua la ligature de la carotide primitive droite. Aucun accident cérébral. Le fil tomba le 14e jour. La tumeur s'affaissa rapidement et l'enfant fut renvoyée bien guérie. A. C.

Sitz und Behandlung der Ranula (Siège et traitement de la grenouillette), par E. SONNENBURG (*Archiv für klinische Chirurgie, t. XXIX, p.* 627).

Von Recklinghausen admet que la grenouillette commune se développe dans l'épaisseur même de la langue, aux dépens de la glande de Blandin. Dans le travail actuel, basé sur l'analyse de 50 faits personnels, Sonnenburg confirme cette hypothèse. Les arguments, en partie empruntés à Recklinghausen, qu'il donne à l'appui de sa manière de voir, sont les suivants : le contenu muqueux de la grenouillette, sa forme et son développement de la profondeur à la superficie sur la face inférieure de la langue, la perméabilité des canaux de Wharton et de Bartholin, non seulement à leur orifice, mais dans tout leur trajet, la situation anatomique de la tumeur sur les côtés du frein de la langue, l'existence d'une paroi propre du kyste et d'un revêtement épithélial continu, la présence sur la face externe de la paroi de grains glanduleux, et de fibres musculaires, la possibilité dans les grenouillettes volumineuses d'introduire le doigt, après incision de la poche, dans l'intervalle des faisceaux musculaires de la langue. Ces divers caractères ne sauraient se trouver réunis quand la tumeur provient d'une dilatation du canal de Wharton, d'un kyste des glandules sublinguales ou d'une hydropisie de la bourse de Fleischmann.

Les 50 grenouillettes opérées par l'auteur depuis la publication du mémoire de Recklinghausen se répartissent ainsi : 27 grenouillettes

classiques, 4 grenouillettes volumineuses proéminant à la fois vers le plancher de la bouche et dans la région sous-mentale, 4 grenouillettes siégeant des deux côtés du frein, 3 petits kystes situés à la face inférieure de la pointe de la langue, 2 grenouillettes multiloculaires, 5 grenouillettes avec adhérences inflammatoires, 2 cas de dilatation cystique du canal de Wharton, 1 cas de dilatation cystique congénitale de ce canal et 2 cas de dilatation cystique consécutive à des calculs.

Les faits de grenouillette volumineuse, dont Sonnenburg rapporte deux exemples remarquables, permettent de reconnaître l'indépendance absolue du canal de Wharton, la tumeur s'insinue profondément entre les faisceaux musculaires jusqu'à la face dorsale de la langue, disposition qui n'est explicable que par la situation profonde de la glande de Blandin.

Les hydropisies du canal de Wharton ou de Bartholin sont faciles à reconnaître par leur forme cylindroïde et par le cathétérisme; elles ne s'insinuent jamais entre les faisceaux musculaires de la langue, et elles diffèrent, en outre, des grenouillettes vraies par leur situation plus latérale, par leur terminaison précise à l'embouchure du canal, et par l'absence à la face externe de leur paroi de fibres musculaires et de grains glanduleux.

La grenouillette classique, dit l'auteur, est ordinairement peu volumineuse, latérale, mais débordant un peu le frein sous lequel elle est placée, arrondie et presque toujours située au-dessus et en dedans du canal de Wharton; elle se déforme en grossissant et pénètre alors dans l'épaisseur de la langue.

En raison de la fréquence des récidives, l'extirpation est le seul traitement rationnel, mais comme l'extirpation totale, surtout avec les tumeurs volumineuses, est impossible, il faut surtout s'attacher à extirper le point d'origine du kyste, sa portion linguale, c'est-à-dire la glande de Blandin. Voici le procédé conseillé par l'auteur :

Pour les grenouillettes de petit ou de moyen volume, on traversera avec une aiguille courbe armée d'un fil, la partie supérieure de la tumeur, parallèlement au canal du Wharton et au-dessus de lui, en ayant soin de comprendre une partie de la langue et la plus grande partie de la tumeur dans l'anse de fil. Le fil servant de fixateur, on incise alors la muqueuse, de préférence avec des ciseaux droits, parallèlement et au-dessus du canal de Wharton, puis on décole le kyste le plus loin possible vers la base de la langue sans l'ouvrir; quand il se rompt, on l'excise le plus complètement possible. La cautérisation de ce qui reste du sac est inutile. L'auteur n'a eu que 2 récidives par ce procédé.

Pour les kystes volumineux, saillants du côté du cou, il faut opérer par la région sous-mentale de façon à avoir beaucoup de jour. — Le drainage ne réussit pas aussi bien que l'extirpation. DE SANTI.

Ueber die Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastischen Operationen (De l'emploi des sutures perdues, en particulier dans l'autoplastie), par E. KÜSTER (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXXI*, *p.* 126, 1884, *et Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, XIII Kongress*).

Les anciennes méthodes de périnéo-plastie sont insuffisantes parce que,

dans les meilleures conditions, elles ne laissent qu'un périnée étroit et rétracté; seule la méthode indiquée par Werth en 1879 et qui consiste à réunir non seulement les lèvres, mais encore les surfaces de la plaie par des sutures perdues au catgut, peut donner de bons résultats; elle prévient toute rétention des liquides dans la profondeur de la plaie et laisse un périnée souple et large. Cependant on a jusqu'ici peu parlé de cette méthode; l'auteur, pour sa part, s'en est servi dans onze cas de déchirure ancienne du périnée et a obtenu huit réunions immédiates sans aucune trace de suppuration et deux guérisons avec un peu de suppuration; dans un cas seulement il fut nécessaire de recourir à une seconde opération.

Le principe de cette méthode a du reste été adopté pour bien d'autres opérations gynécologiques, par exemple, pour la colporrhaphie antérieure et postérieure dans lesquelles Hofmeier et l'auteur en ont obtenu de très bons résultats, pour la réunion des surfaces cruentées du moignon de l'utérus après la laparo-myomotomie par le procédé de Schröder et pour la réunion de la plaie des parois abdominales dans la laparotomie où la suture à plusieurs étages semble être le plus sûr moyen d'empêcher le développement des hernies ventrales. Neuber a récemment proposé l'emploi des sutures perdues dans les amputations et on s'en est souvent servi pour la cure radicale des hernies inguinales congénitales (Kraske, Czerny, Hahn, von Wahl). L'auteur, depuis quelque temps fait de la même façon toutes ses opérations de cure radicale ou d'étranglement herniaire, en fermant non seulement le sac et le collet de la hernie, mais encore toute la plaie, par plusieurs rangées de sutures perdues. Quand il y a beaucoup de tension des tissus il emploie la soie antiseptique, sinon le catgut au genièvre de Kocher. Mais c'est surtout dans l'opération de l'ectropion que la méthode donne de bons résultats. Küster en a surtout usé pour l'ectropion de la paupière supérieure et il en décrit une remarquable observation; enfin il s'en est servi dans beaucoup d'autres opérations, telles que les extirpations de tumeurs, l'occlusion des fistules urinaires, etc.

Cette méthode, facile à pratiquer en toutes circonstances, réalise un autre progrès dans la technique des pansements parce qu'elle rend inutiles les tubes à drainage qui sont si souvent un obstacle à la rapidité de la réunion; nombre de chirurgiens s'étaient déjà préoccupés de cette question et l'avaient imparfaitement résolue par la perforation à l'emporte-pièce des lèvres de la plaie (Esmarch), le renversement en dehors des lèvres de la plaie dans son angle inférieur (Maas), la suture complète après remplissage de la plaie par des liquides antiseptiques (Bose), la suture secondaire (Kocher), etc.; tous ces procédés sont insuffisants. Il suffit, pour rendre le drain inutile, d'empêcher toute formation de liquide dans la profondeur de la plaie; or, c'est précisément là le résultat des sutures perdues qui assurent le contact intime des surfaces cruentées et s'opposent à tout épanchement de sang.

Partant de cette donnée, Küster a fait l'occlusion complète d'un grand nombre de plaies diverses par la suture à plusieurs étages, se contentant de recouvrir la suture cutanée d'une couche de collodion iodoformé; la guérison s'est ordinairement faite en huit jours.

En résumé, grâce à l'emploi des sutures perdues, il est possible,

dans un certain nombre de plaies, d'obtenir une guérison rapide sans employer de drains. DE SANTI.

La maladie kystique des mamelles, par P. RECLUS (*Rev. de chirg., octobre* 1883).

Sous le nom de maladie kystique des mamelles l'auteur décrit une affection, caractérisée par la multiplicité et la bilatéralité de kystes, que l'on trouve disséminés dans les deux glandes. La description de cette maladie est faite d'après cinq cas, qui se sont présentés à l'observation de M. Reclus depuis quelques années. La mamelle est rarement augmentée de volume dans sa totalité, offrant quelquefois un noyau central, dur, et plus gros; d'autres fois elle est hérissée de nodosités qui rappellent, dit l'auteur, les lobules mammaires injectés de matière solide; ces nodules sont plus ou moins nombreux, disséminés un peu partout, confluents pour ainsi dire vers le centre, qui semble criblé de grains de plomb; ils offrent une sensation de dureté assez prononcée, et jamais de fluctuation; quant aux autres caractères de la tumeur considérée dans sa totalité, ils se rapprochent de ceux qui appartiennent aux tumeurs bénignes. Pas de douleurs en général; pas d'adhérences superficielles, ni profondes; ni écoulement par le mamelon, ni engorgement ganglionnaire, ni retentissement général. La caractéristique symptomatique de la maladie est la présence de kystes, plus ou moins nombreux, soit dans une seule mamelle, soit dans les deux à la fois ou à quelques mois d'intervalle.

Quant aux lésions anatomiques, voici celles que M. Reclus a constatées et dont il donne la description suivante : « Il n'y a pas de tumeur limitée au sens propre du mot... On a affaire à une glande saine en apparence et dont les acini et les conduits sont dilatés par une formation kystique plus ou moins confluente.

Ces kystes sont plus abondants d'ailleurs qu'on ne le soupçonnerait au premier abord. On en distingue 15, 20, 30 au centre ou à la périphérie de la glande; mais bientôt la coupe en révèle un plus grand nombre, que la palpation ne permettait pas de reconnaître. Leur volume est moindre; pourtant leur localisation, la structure de leurs parois et leur contenu les rapprochent en tout des plus gros; et de la cavité qui logerait à peine une tête d'épingle à celle qui atteint un grain de raisin, ou même un œuf de pigeon, il n'y a point de différence essentielle.

Tout au plus leur contenu varie-t-il de couleur et de fluidité. Il y en a qui renferment un liquide plus clair, plus transparent, citrin ou légèrement verdâtre; d'autres sont jaunes, café au lait, chocolat ou noir. Les uns sont remplis d'une substance visqueuse, demi-solide, chargée de globules huileux, d'une sorte de bouillie athéromateuse, tenant en suspension un sable crayeux; tandis que les autres paraissent absolument séreux. Ces caractères se rencontrent surtout dans les petits kystes, et lorsqu'on presse la glande entre les doigs, on voit sourdre une infinité de filaments vermiformes identique à ceux des tannes cutanées.

A ces aspects divers ne correspondent pas des différences très considérables de composition; il s'agit toujours d'une substance mucoïde plus ou moins fluide, et qui tient en suspension des matières colorantes du

sang, des globules déformés, des cellules tuméfiées et granuleuses, de la graisse et quelques cristaux. »

L'examen microscopique que MM. Malassez et Brissaud en ont fait, a porté sur les différentes parties constituantes de la mamelle et permettrait de ranger cette affection dans la catégorie des épithéliomes kystiques. Il en résulterait que le pronostic doit être réservé, malgré l'absence de récidive, constatée pendant plusieurs années sur quelques malades. L'extirpation totale est la seule opération capable d'assurer pour l'avenir un succès thérapeutique. OZENNE.

Gastrostomie pour retirer un fragment d'épée, par GUSSENBAUER (*Wiener med. Blätter*, 20 *décembre* 1883).

Le 4 juin 1883, on amène à la clinique de G... un avaleur de sabres; dans le cours d'une représentation, un faux mouvement fit briser la lame qu'il tenait engagée dans l'œsophage. Suffocation immédiate à laquelle le père, avaleur de sabres également, remédia en enfonçant le corps étranger au moyen d'une autre épée. Un émétique, la suspension la tête en bas, ne réussirent pas à faire rejeter le fragment de la lame.

A son entrée à l'hôpital, le malade ne ressent pas grand'chose et on ne constate, même dans l'anesthésie chloroformique, aucun signe de corps étranger. Dans la soirée survient de la fièvre; le lendemain, douleur vive dans l'hypochondre gauche. G... pratique alors la gastrostomie et retire un fragment de lame de 27 centimètres de long, large de trois quarts de pouce.

Le malade succomba deux jours après par péritonite. Il existait une perforation de l'estomac, des déchirures superficielles de l'œsophage. A. C.

I. — De l'incision antiseptique de l'hydrocèle, par JULLIARD (*Rev. de chir.*, *février* 1884).

II. — Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques, par MEHLING (*Thèse de Montpellier*, *n°* 60, 1883).

I. — Dans ce mémoire, dont les conclusions sont basées sur une cinquantaine d'observations, l'auteur préconise l'incision antiseptique. 54 opérations lui ont donné 51 réunions par première intention, avec guérison complète et absence de toute complication.

Julliard indique quelques modifications qu'il a fait subir au procédé employé par Volkmann : au lieu de suturer la tunique vaginale avec la peau et d'appliquer un ou plusieurs drains, il pratique deux sutures séparées, l'une profonde de la vaginale, et l'autre superficielle du scrotum; il évite ainsi le drainage de la cavité vaginale et, par suite, la pénétration des liquides extérieurs.

II. — Mehling a réuni cent observations dont un grand nombre inédites. On trouvera dans sa thèse les détails les plus circonstanciés sur cette méthode de traitement et sur les soins à apporter pour le succès complet (Voy. *R. S. M.*, XXI, 300). OZENNE.

A case of pyelo-lithotomy, par W. ANDERSON (*Clinical Society; Med. Times*, 31 *mai* 1884).

L'auteur a pratiqué cette opération chez un jeune homme de 20 ans souffrant depuis neuf mois de douleurs vives dans les lombes, d'hématurie, etc. Une incision de trois pouces et demi, pratiquée à trois travers de doigt de la 11e côte, mit à nu le rein. On sentit alors engagé dans le bassinet un calcul qu'on

put extraire avec le doigt après incision du conduit. Application d'un tube à drainage, fermeture de la plaie par six points de suture au fil de soie, guérison rapide. Au bout de 12 heures, l'urine passait entièrement par les conduits naturels.

L'auteur propose le terme de pyélo-lithotomie pour distinguer cette opération de la néphro-lithotomie, où la substance même du rein est entamée. A. C.

Traité pratique des fractures et des luxations, par F.-H. HAMILTON, traduit sur la 6e édition, par G. POINSOT (*Paris*, 1884).

Le *Traité des fractures et des luxations*, de Malgaigne, dont aucun ouvrage ne possédera au même point le sens critique, la verve et la tournure personnelle, est déjà trop ancien pour nous. Le colossal travail de Gurlt sur les fractures est encore inachevé, et ses proportions, s'il était traduit en notre langue, ne le mettraient pas à la portée de tous les lecteurs. Le livre d'Hamilton, au contraire, est un manuel vraiment pratique, et tout à la fois une œuvre originale où le caractère propre de l'auteur se retrouve à toutes les pages. Son utilité principale est dans les développements donnés au traitement et à la question des appareils. L'auteur a su faire un heureux choix au milieu de l'incalculable multiplicité des moyens que possède aujourd'hui la thérapeutique, et pour faciliter la compréhension, partout il a placé des figures à côté de la description des appareils anciens et modernes.

Sur quelques points qui ne lui paraissaient pas traités avec assez de détails, le traducteur a fait, en outre, des additions assez importantes : ce sont l'étude de certains appareils modelés, les fractures du larynx, de la tête du radius, de l'apophyse coronoïde, de l'olécrâne, du bassin, de la rotule, de l'extrémité supérieure du péroné, des extrémités supérieure et inférieure du tibia. Dans la partie réservée aux luxations, il a complété les chapitres relatifs au traitement des luxations en général, aux luxations de la mâchoire, à celles de l'épaule, du coude, du poignet, du pouce, du genou, du tarse. Ces additions ont, du reste, été faites de telle sorte que partout le lecteur puisse aisément reconnaître l'œuvre de l'auteur américain de celle de son commentateur. Nous regrettons de ne pouvoir donner une analyse plus détaillée d'une œuvre qui sera d'un grand secours à tous les médecins qui ont à traiter des fractures et des luxations. P. BERGER.

Observation clinique d'une paraplégie consécutive à la flexion angulaire aiguë de la colonne vertébrale, avec ankylose. Guérison par la trépanation du rachis, par W. MACEWEN (*Medicina contemp.*, *octobre-novembre* 1884).

Enfant de neuf ans; la flexion spinale durait depuis trois ans; la paralysie était telle que le malade ne pouvait marcher ni se tenir debout. La flexion était solidement ankylosée et existait au niveau des 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales.

La paralysie devait être attribuée à la compression de la moelle. Partant de ce fait, l'auteur conçut l'idée de trépaner le canal vertébral derrière pour laisser à la moelle un champ suffisant d'expansion. Il fit une incision de façon à découvrir les apophyses épineuses des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales, il détacha les muscles de leurs insertions spinales, les écarta; avec une scie, il enleva les apophyses épineuses puis il dépassa l'arc de la 6e

vertèbre dorsale. Il la souleva et mit à nu la moelle. Il détacha ensuite de la même façon les arcs des 7e et 4e dorsales. Sous l'os se trouvait une membrane fibreuse, de consistance friable, d'une épaisseur d'environ un huitième de pouce; elle fut disséquée.

Alors on combla l'ouverture avec de la gaze pour prévenir l'extravasation sanguine dans les tissus. Deux jours après, il n'y avait pas d'amélioration dans les membres. Mais on enleva le remplissage et les bords de la plaie furent cousus.

A partir de ce moment, l'amendement commença à se manifester : la sensibilité et le mouvement volontaire revinrent peu à peu, la paralysie des sphincters s'effaça. Au bout de deux mois la plaie était cicatrisée, et six mois après le malade marchait sans soutien. B. FÉRIS.

Luxation bilatérale en avant de la troisième sur la quatrième vertèbre cervicale, réduction, guérison, par BOINET (*Lyon méd.*, 17 *août* 1884).

Enfant de 10 ans, tombé dans un ravin. Chute sur la nuque. L'enfant reste un moment étourdi et, revenant à lui, constate qu'il ne peut relever la tête. Aucun trouble fonctionnel immédiat ou consécutif.

L'auteur voit le malade quatre jours après et constate une luxation de la 3e verticale, qui a glissé complètement en avant sans faire saillie d'un côté plus que de l'autre et proémine d'un centimètre dans le pharynx. Décidé à ne pas intervenir, B... dut céder aux sollicitations du père. La réduction fut relativement facile.

L'auteur passe, à ce propos, en revue les divers cas de luxations cervicales et donne les indications bibliographiques de tous ces faits. A. C.

Osteoclasia manuele per ginocchio valgo, par MAZZUCHELLI (*Annali univ. di med.*, *mai* 1884).

Cette observation a été résumée dans le dernier numéro, XXIV, p. 625; mais une erreur d'impression, que le lecteur aura corrigée de lui-même en se reportant au titre, mérite d'être relevée.

Il s'agit d'un genu valgum rachitique chez une jeune fille de 7 ans. l'*ostéoclasie* manuelle (et non l'ostéotomie comme on l'a imprimé), l'auteur désigne ainsi le redressement brusque manuel, fut obtenue sous le chloroforme et la guérison fut parfaite, etc. Voir page indiquée. A. CARTAZ.

Habitual dislocation of the ulnar nerve, myositis, par F. LANGE (*New York med. Journ.*, *p.* 225, 1884).

Le patient est un violoniste qui fut pris brusquement un jour, après un excès de travail, de douleurs vives à la partie interne du coude droit et dans les muscles de la région postérieure de l'avant-bras du même côté. La douleur s'apaisa, pour reparaître dans les mêmes circonstances les jours suivants, et rendre bientôt impossible tout mouvement du coude droit. On constate une légère tuméfaction des muscles épicondyliens, avec un point douloureux très vif au niveau de la gouttière du cubital. En outre, à chaque mouvement de demi-flexion de l'avant-bras sur le bras, le nerf cubital se déplace, se porte au sommet de l'épicondyle, où on le sent rouler sous le doigt; on l'isole sans peine et on peut le saisir entre le pouce et l'index. Autre point très douloureux, là où le nerf pénètre dans les couches musculaires. Aucune lésion périphérique ne permet d'admettre une altération du nerf lui-même. A. CHAUFFARD.

OPHTALMOLOGIE.

Zur Astigmometrie (Mesure de l'astigmatisme) (nouvel appareil), par ZEHENDER (*Bericht ü. d. 15te Versamml. der Ophthalmol. Gesellsch. Heidelberg*, 1883).

L'appareil, très simple, construit par Zehender est ainsi conçu : deux tubes en carton peuvent glisser en tous sens l'un dans l'autre; à l'une des extrémités de chacun des deux tubes, sont tendus diamétralement deux fils qui se croisent à angle droit; les fils verticaux appartiennent à l'un des tubes, les horizontaux à l'autre.

Un œil emmétrope verra toujours nettement les deux fils, quelle que soit la position qu'on leur donnera. Si l'on retire l'un des tubes, de façon à ce que les deux systèmes de fils ne soient plus sur le même plan, mais toujours perpendiculaires les uns aux autres, on ne les verra plus tous deux avec la même netteté, et il se passera quelque chose d'analogue à co qui se passe chez l'astigmate. Chez celui-ci, il suffira que l'un des fils soit vu nettement dans une direction qu'il déterminera lui-même, pour que l'autre fil ne soit pas distinct; et ce dernier sera exactement perpendiculaire au premier; il suffit de lire l'inclinaison des deux tubes sur deux anneaux adaptés à l'extrémité oculaire de ces tubes.

Il ne s'agit plus maintenant que de déterminer le verre sphérique qui corrige l'astigmatisme; ce sera celui qui, adapté à l'instrument, permettra de voir nettement le fil vu, tout à l'heure, peu distinctement.

Avec cet instrument, il n'est donc pas nécessaire de recourir aux verres cylindres pour déterminer l'astigmatisme; la chose est un peu plus compliquée, lorsqu'il s'ajoute au défaut de courbure de la cornée un certain degré de myopie ou d'hypermétropie. ROHMER.

Ueber die radiale Ausdehrung des Sehfeldes und die Allometropie des Auges bei indirectem Sehen (Des limites périphériques du champ visuel et de la mesure de l'astigmatisme de l'œil dans la vision indirecte, par MATTHIESSEN (*Arch. f. Ophthalm., B. XXX, Abth. I*).

L'auteur a fait des expériences sur lui-même et sur un de ses assistants, pour établir l'état de la réfraction dans les diverses parties du champ visuel monoculaire. Il en résulte que, vers la périphérie, l'œil devient excessivement myope, de sorte qu'avec une rotation de 90° en dehors, il faut rapprocher l'objet de 5 centimètres de l'œil en expérience pour qu'il soit perçu distinctement; à 45°, l'acuité visuelle augmente jusqu'à 44 centimètres, et ainsi de suite; une table annexée au travail montre les résultats obtenus.

Pour expliquer l'augmentation de la réfraction dans la position latérale des objets, l'auteur la compare à cette expérience qui consiste à tenir obliquement devant l'œil une lentille biconvexe, et à produire ainsi une diminution du foyer astigmatique; il pense qu'il serait intéressant, au

point de vue de l'astigmatisme, de mesurer la périphérie de l'œil suivant les directions horizontales et verticales. ROHMER.

Blépharospasme astigmatique, par G. MARTIN (*Annales d'oculistiq., p. 231, mai-juin 1884*).

Le Dr Martin cite cinq faits de blépharospasme en leur attribuant une origine astigmatique qui serait indiquée par la présence constante de l'asymétrie des méridiens, par une intensité plus grande du spasme du côté où l'anomalie est le plus prononcée, par la guérison rapide à l'aide de l'atropine et par les excellents effets des verres cylindriques.

L'auteur croit que le blépharospasme astigmatique sera celui des blépharospasmes amétropiques qu'on rencontrera le plus souvent. On devra donc toujours s'enquérir de l'état de la cornée et ne jamais entreprendre d'autre traitement sans avoir institué une cure sérieuse d'atropine. A. TROUSSEAU.

Ueber Zunehmende und über handuch mende Kurzichtigkeit (Sur les progrès de la myopie), par BECKER (*Bericht ub. d. Versamm. Ophtalm. Gesell. Heidelberg, 1883*).

L'auteur constate le nombre toujours croissant des myopes en Allemagne, et expose des considérations sur l'importance que cela peut avoir au point de vue politique et social. Il a fait des recherches dans les écoles (il attribue les progrès de la maladie en partie aux écoles construites d'après les plans les plus récents) et sur des hommes de la réserve appartenant à quatre districts, exemptés pour myopie. La myopie congénitale est surtout fréquente, et c'est elle qui apporte l'appoint le plus considérable à tous les chiffres cités par l'auteur; c'est à empêcher la propagation de cette déformation congénitale de l'œil qu'il faudrait surtout s'évertuer; les médecins spécialistes devront désormais sérieusement diriger leur attention vers ce point de la question. ROHMER.

De l'insuffisance des droits internes et de son traitement par la ténotomie partielle, par RIVOLAT (*Thèse de Paris, 1884*).

L'insuffisance des droits internes reconnaît quatre facteurs principaux pouvant exister isolément ou ensemble chez un même sujet :

1° La conformation plus ou moins oblique de l'orbite;

2° La forme du globe oculaire;

3° L'enroulement du droit interne sur l'œil;

4° La compression indirecte du nerf optique par le droit externe dans les mouvements de convergence.

De ces quatre conditions, c'est la compression du nerf optique, en rapport elle-même avec l'obliquité orbitaire, qui exerce la plus grande influence sur l'apparition de l'insuffisance des droits internes.

Le traitement doit avoir pour but l'affaiblissement du muscle droit externe par la ténotomie partielle.

Voici comment on pratique cette opération :

Les premiers temps sont les mêmes que ceux du strabisme ordinaire. L'un des bords du muscle est bien dégagé avec les ciseaux mousses,

afin que l'on puisse glisser complètement le crochet sous le tendon, et que celui-ci, complètement embrassé, apparaisse très distinctement et tout entier dans le champ opératoire. Cela fait, à petits coups de ciseaux, on commence la section du tendon du côté du bord libre du crochet, et on s'arrête quand on est arrivé vers le milieu de l'insertion tendineuse; la section est ensuite reprise du côté du manche du crochet, en avançant de nouveau vers le milieu du tendon : on s'arrête quand il ne reste plus que quelques fibres médianes à couper.

Enfin, dans un dernier temps, on saisit avec des pinces les faisceaux musculaires qui viennent d'être détachés et on les excise avec des ciseaux courbes successivement en haut et en bas.

On a soin, avant d'appliquer le bandeau compressif, de laver la petite plaie avec une solution antiseptique. A. TROUSSEAU.

Sur les affections rhumatismales de l'œil, par PARINAUD (*Bulletin de la Soc. franç. d'opht.*, 1884).

Le rhumatisme peut produire, outre les iritis, sclérites et conjonctivites : 1° des kératites interstitielles qui surviennent, soit comme complications de l'iritis ou de la sclérite, soit d'emblée comme kératite parenchymateuse typique ; 2° des choroïdites à marche subaiguë, avec troubles profonds du corps vitré et synéchies de l'iris ; 3° des exsudations choroïdiennes sous forme d'amas circonscrits ou de choroïdite disséminée; 4° des névrites du nerf optique le plus souvent monoculaires et des rétino-choroïdites, qui, en prédominant dans la macula, peuvent s'accuser par un scotome central. A. TROUSSEAU.

Vertige oculaire, par CUIGNET (*Rec. d'opht.*, *mars* 1884).

Ce vertige se distingue des autres parce qu'il dépend de la fonction visuelle et qu'il n'a aucun rapport avec une affection quelconque du cerveau, de l'estomac ou de l'oreille. Il ne survient ni dans l'obscurité, ni dans l'immobilité, ni les yeux étant fermés.

Le vertige est produit par l'exposition à la vive lumière, par les excursions rapides et étendues de l'œil, par des contractions musculaires irrégulières, par l'irrégularité de déplacement d'un des yeux, par des pressions mécaniques.

Il est encore amené par la vision à travers certains brouillards atmosphériques, par le port de mauvais verres, par des tournoiements de la tête, par le déplacement rapide des objets extérieurs (chemin de fer) par la tension du regard.

On l'observe encore dans les troubles de réfraction et dans les déviations oculaires. Il serait alors dû à une influence mal connue du trouble visuel sur le cerveau. A. TROUSSEAU.

De l'épiscléritis, par CAMPART (*Thèse de Paris*, 1884).

Il existe une forme d'épiscléritis indépendante d'une inflammation des membranes internes du segment antérieur de l'œil.

Elle est essentiellement sous l'influence d'une diathèse, surtout de la diathèse rhumatismale.

C'est une affection chronique qui n'entraîne pas fatalement des complications du côté des membranes internes.

Elle se termine par résolution et récidive souvent.

Le traitement local (atropine, compresses chaudes) ne doit pas être négligé, mais c'est surtout à l'état général et à la diathèse qu'il faudra s'adresser en premier lieu (iodure de potassium, salicylate de soude).

A. TROUSSEAU.

Bemerkungen über das Ulcus serpens und über die Behandlung des Ulcus Cornea, insbesondere des Ulcus serpens, mittelst Auslöffelung und Iodoform (Remarques sur l'ulcère serpigineux et sur le traitement de l'ulcère cornéen, surtout serpigineux à l'aide du raclage et de l'iodoforme), par MEYERHÖFER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai* 1884).

Après avoir étudié la méthode de Sæmisch, dans sa pratique, Meyerhöfer donne aussi les résultats obtenus par lui à l'aide du raclage et du pansement à l'iodoforme. Il conclut, à ce sujet, que le traitement médical seul donne de mauvais résultats, lorsqu'on se sert exclusivement d'iodoforme contre l'ulcère simple.

Aussi, dans les trois quarts des cas, est-on obligé au préalable de recourir au raclage de l'ulcère, pour que l'iodoforme exerce une action bienfaisante sur le mal. Un dernier quart des cas a même résisté à cette méthode d'intervention et on a dû recourir à la section de la cornée.

Pour Meyerhöfer, c'est le procédé de Sæmisch qui donne les meilleurs résultats; mais il faut, d'après lui, que l'incision soit conduite sur la limite de l'ulcère dans le tissu sain, si l'on ne veut pas voir le mal continuer ses progrès; les avantages de cette manière de faire seraient multiples et incontestables.

RÖHMER.

De la kératite interstitielle et de son traitement par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure, par LELEU (*Thèse de Paris*, 1884).

L'auteur pense avec le professeur Fournier que la kératite interstitielle n'est ni une lésion scrofuleuse, ni une lésion cachectique, ni une lésion syphilitique, mais bien une lésion *vulgaire*, *banale*, une simple lésion de nutrition que diverses influences morbides sont aptes à réaliser, la syphilis héréditaire plus souvent que les autres.

Le traitement sert de pierre de touche et est un grand élément de diagnostic.

Le traitement tonique associé à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles en alternant réussit dans beaucoup de cas.

Mais certains cas de kératite maligne (Abadie) ne se modifient que sous l'influence des injections de sublimé faites au dos, aux fesses, là où le tissu cellulaire est abondant.

L'injection doit être faite avec une seringue de Pravaz, bien nettoyée, contenant 1 gramme de liquide, soit 1 centigramme de sublimé lorsqu'on emploie la formule suivante préconisée par le Dr Abadie :

Sublimé.....	1	gramme.
Chlorure de sodium.....	2	—
Eau distillée.....	100	—

A. TROUSSEAU.

I. — Étude sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival, par VOUKCHÉVITCH (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — Traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide borique, par CONNEN (*Thèse de Paris*, 1884).

III. — De l'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante, par DENIS (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — L'auteur passe successivement en revue les divers traitements de l'ophtalmie granuleuse (caustiques, astringents, antiseptiques, inoculation blennorragique, jéquirity, etc.), et il cherche à démontrer qu'on n'a pas encore trouvé le médicament spécifique des granulations. Il part de là pour en arriver à conclure que l'incision du cul-de-sac conjonctival est à recommander pour la cure des granulations. Cette opération guérissait les très anciennes granulations situées le plus souvent dans les culs-de-sacs et par suite très difficiles à atteindre par les moyens ordinaires. Elle ne laisserait aucune déformation fâcheuse de la paupière et est d'une exécution généralement facile.

II. — Le traitement prophylactique préconisé à la Clinique d'accouchements par le Dr Doléris consiste dans les précautions suivantes : immédiatement après sa naissance, l'enfant est soumis deux fois par jour, matin et soir, à l'instillation faite dans chaque œil, de quelques gouttes d'une solution d'acide borique à 3 pour 100 instillée au moyen d'un compte-gouttes. Aucune partie de l'œil ne doit échapper au contact de la solution.

Ce traitement, d'une innocuité absolue, est fort bien supporté par les enfants, et il semble, d'après les tableaux publiés par l'auteur, qu'il ait diminué le nombre des ophtalmies purulentes dans le service où il est employé.

III. — L'auteur recommande l'emploi de l'acide phénique dans toutes les variétés de conjonctivites, dans les abcès et ulcères septiques de la cornée, en injection dans les voies lacrymales. En pulvérisation de longue durée le médicament calmerait les douleurs qui accompagnent les lésions cornéennes peu graves.

Dans toutes les variétés de conjonctivites à forme sécrétante, l'acide phénique serait excellent. Il guérirait même les conjonctivites purulentes à forme bénigne étant employé en pulvérisations (?).

Il aurait dans la conjonctivite granuleuse une puissance égale ou supérieure aux cautérisations (?). A. TROUSSEAU.

— Considérations sur le jéquirity, par BRUNSCHWIG (*Thèse de Nancy*, 1884).

II. — Om Jequirity-oftalmien, par Johan WIDMARK (*Nordiskt medicinskt Arkiv, XVI*, n° 5, 1884).

III. — Zur Aetiologie der Jequirity-Opthalmie (De l'ophtalmie du jéquirity), par KLEIN (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, n° 8 *et* n° 11, 1884).

V. — Contribution à l'étude du jéquirity, par FOUCHER (*Union médicale du Canada et Rev. gén. d'Opht.*, *t. II*, n° 12).

V. — Nature de l'ophtalmie jéquiritique, par NEISSER (*Fortschritte der Medecin, Bd.* 2, *Heft* 3, *et Rev. gén. d'Opht.*, *juin* 1884).

VI. — Glaucome inflammatoire chronique traité par le jéquirity, par PROUFF (*Rev. clin. d'oc., avril* 1884).

I. — L'action du jéquirity n'est pas due à un bacille mais à quelque subtance chimique, un ferment soluble analogue à la pepsine.

Le jéquirity absorbé est un poison véritable amenant des dégénérescences graisseuses.

C'est un irritant local de la peau et des muqueuses.

L'intensité de la conjonctivite jéquiritique dépend de la qualité physiologique de la conjonctive et non du degré de concentration de la macération ou du nombre des lavages.

Inutile dans les cas de fausses granulations, le jéquirity guérit les varices et éclaircit la cornée. A. TROUSSEAU.

II. — Ce travail a pour objet de montrer, contrairement à l'opinion formulée par MM. Cornil et Berlioz, que l'action du jéquirity n'est pas due à la présence d'un micro-organisme; d'après l'auteur, les infusions de cette substance introduite dans l'organisme agiraient comme un toxique : localement elle produit un catarrhe violent des muqueuses. Elle constitue un liquide de nutrition tout particulièrement convenable pour une foule de microbes divers dont le développement dans l'infusion amène l'affaiblissement simultané de l'affection toxique de cette dernière. En général, ces microbes ne peuvent vivre dans l'organisme, comme le prouve le fait qu'on ne les retrouve ni dans l'épaisseur de la conjonctive ni dans ses sécrétions après l'introduction de l'infusion dans le sac lacrymal; injectée sous la peau elle donne naissance à des abcès locaux; mais le pus de ces derniers ne contiendrait pas de microbes (?) on n'en trouverait pas non plus trace dans le sang. Dans la dernière partie de son mémoire, l'auteur rend compte de l'emploi thérapeutique de l'ophtalmie jéquiritique. Sur onze cas, ce remède n'a exercé que dans un cas une influence favorable sur le processus trachomateux de la conjonctive, mais par contre il a produit dans quatre cas une augmentation de transparence de la cornée.

C. GIRAUDEAU.

III. — Deux communications fort courtes sur l'opthalmie du jéquirity. Dans la première, K... montre qu'une infusion de jéquirity, 15 minutes après sa préparation produit déjà l'opthalmie, bien qu'elle ne renferme que peu ou même point de germes; il en conclut que le principe actif de cette infusion ne réussit pas dans des micro-organismes.

Dans son second travail K... confirme ces conclusions. Une infusion, filtrée, soigneusement, soumise pendant une semaine à une température de 35° centigrades, ne renfermant aucun germe, produit à dose infinitésimale l'ophtalmie spécifique. L. D.-B.

IV. — Sur 51 cas de granulations aiguës ou chroniques, la plupart avec pannus, quelques-uns avec ulcères cornéens, traités par le jéquirity, le Dr Foucher a eu 9 insuccès, 16 demi-succès, 22 succès complets et 4 observations non classées. Le nombre des lotions faites a varié de 4 à 18.

L'état inflammatoire des membranes de l'œil, l'irritation mécanique de la conjonctive, la fraicheur de l'infusion, ont semblé résumer les meilleures conditions pour produire la conjonctivite jéquiritique.

V. — Il y a dans la macération du jéquirity des bacilles analogues à

ceux que Sattler y a rencontrés, mais ils ne sont pas assez caractéristiques pour qu'on puisse affirmer leur spécificité.

Les infusions de jéquirity restent actives tant qu'il n'y a pas de bacilles; *dès que ceux-ci apparaissent, elles deviennent inactives.*

Toutes les inoculations avec les cultures de bacilles ont été sans résultats.

On ne trouve pas de bacilles dans la sécrétion de l'ophtalmie jéquiritique, ni dans le tissu des paupières jéquiritisées.

VI. — L'auteur avait remarqué que les malades jéquiritisés présentaient un œil mou, ceci l'amena à pratiquer l'inoculation jéquiritique sur un sujet atteint de glaucome chronique inflammatoire qui avait refusé l'iridectomie. La tension diminua d'une façon très nette ; il y eut légère perception lumineuse. Le lendemain la tension reparut très élevée; seule la névralgie périorbitaire disparut pour ne plus reparaître. A. TROUSSEAU.

Traitement des granulations de la conjonctive par le sublimé, par DUJARDIN (*Journ. des Sc. médic. de Lille, p.* 41, 1884).

L'auteur cautérise les granulations avec une solution de sublimé appliquée au moyen d'un pinceau, une ou deux fois par semaine.

Cette application est suivie d'une certaine réaction inflammatoire, mais renouvelée une ou deux fois elle tend à rendre lisse la conjonctive en aplatissant les granulations et améliore ainsi l'état de la cornée.

Voici la formule de la solution employée :

Eau distillée.....	240	grammes
Alcool.....	10	—
Sublimé.....	1	—

A. TROUSSEAU.

Traitement des granulations conjonctivales par le thermo-cautère, par DEHENNE (*Union médicale*, 28 *juin* 1884).

Chez les granuleux deux cas peuvent se présenter : où la conjonctive seule est malade, ou la cornée est déjà envahie consécutivement.

Dans les deux cas, le fer rouge est indiqué :

1° Attouchements répétés de la surface granuleuse avec la pointe fine (dix à douze pointes de feu tous les deux jours);

2° Cautérisations péricornéennes tous les cinq à six jours.

S'il y a atrésie de la fente palpébrale il faut pratiquer la canthoplastie au thermo-cautère. Ce procédé est rapide, il supprime l'hémorragie et la douleur et évite l'emploi des points de suture. L'emploi du thermo-cautère chez les granuleux produirait d'excellents résultats et ne serait suivi d'aucune réaction inflammatoire. A. TROUSSEAU.

Sarcome mélanique de la conjonctive, par LAGRANGE (*Arch. d'opht., juillet-août* 1884).

Les sarcomes mélaniques extérieurs de l'œil se développent exclusivement sur la conjonctive, surtout aux dépens du limbe conjonctival.

Ces tumeurs s'étalent sur la coque oculaire et s'appuient sur la scléro-

tique et la cornée, qui ne prennent aucune part à leur développement et souffrent peu de ce voisinage; seul, l'épithélium de la cornée disparaît.

Bien que le développement de ces tumeurs soit remarquable par sa lenteur et ses allures bénignes au début, leur structure est celle des tumeurs mélaniques les plus graves.

Il importe de procéder à une opération radicale pour peu qu'elles menacent de s'accroître et de s'étaler à la surface du globe de l'œil.

A. TROUSSEAU.

Dell'emoragia consecutiva all'estrazione della cataratta, par GOTTI (*Riv. clin. di Bol., juin* 1884).

L'auteur rapporte un cas d'hémorragie consécutive à l'opération de la cataracte et dans lequel l'opéré conserva néanmoins la vue. Il oppose ce fait à ceux qui ont été récemment publiés avec un résultat contraire par Sedan et Warlomont. Il croit qu'on ne doit pas adopter sans contestation l'opinion de Bowman, qui, dans la crainte du phlegmon de l'œil, fit en pareil cas l'énucléation. F. BALZER.

Iodoform nach Staaroperation (Emploi de l'iodoforme après l'extraction de la cataracte), par MEYERHÖFER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai* 1884).

L'auteur a employé le pansement à l'iodoforme dans quatre cas où l'on pouvait s'attendre à voir apparaître des accidents après l'opération : 3 cas de cataracte séniles avec catarrhe des voies lacrymales, opérés par extraction, et 1 cas de cataracte traumatique, par discision. Grâce aux résultats qu'il a obtenus, il se sent tout disposé à recommander l'iodoforme comme un agent antiseptique parfait en chirurgie oculaire et capable de favoriser puissamment la guérison. ROHMER.

Amaurose urémique, par FRIEDENWALD (*Medical News*, 1884).

1° Quand une amaurose envahit soudainement les deux yeux sans changement ophtalmoscopique, on doit songer à l'urémie même en l'absence de tout autre symptôme de cette affection.

2° L'amaurose persiste tant qu'il y a urémie et ne disparaît que lorsque le rein a repris ses fonctions. Quand l'affection devient définitive, elle peut être due à une rétinite préexistante, si fréquente dans la maladie de Bright.

3° Les chances de disparition de l'amaurose diminuent quand le patient a déjà été victime de plusieurs attaques.

4° Le jaborandi, les diaphorétiques, les purgatifs peuvent généralement prévenir une catastrophe dans les formes ordinaires d'urémie; mais dans celle qui survient pendant la grossesse, l'accouchement prématuré peut seul sauver la malade. A. TROUSSEAU.

Ueber eine noch nicht beschriebene Anomalie des retinalen Venenpulses (Sur une anomalie du pouls veineux rétinien non encore décrite), par EWETZKI (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1884).

A l'état normal, les variations de calibre ne peuvent être vues que sur les grosses veines centrales, dans leur partie papillaire.

Chez deux jeunes filles de 17 à 18 ans, l'auteur a observé des battements veineux se prolongeant sur la partie rétinienne. Au bout de quelques semaines, ces battements diminuèrent peu à peu, puis disparurent complètement. Les deux jeunes filles étaient anémiques. De plus, étant donné la fréquence du pouls veineux rétinien chez des gens appartenant aux classes élevées de la société, l'auteur serait disposé à faire intervenir la myopie, fréquente elle aussi dans les classes supérieures, comme cause de ces variations de calibre des veines de la rétine. ROHMER.

Quelques considérations pratiques sur l'ophtalmie sympathique, par ABADIE (*Archiv. d'opht., mars-avril* 1884).

Quand une ophtalmie sympathique vraie se déclare, il faut, si l'œil sympathisant est incapable de procurer une vision utile, recourir à l'énucléation, qu'on pratiquera, même si l'ophtalmie sympathique est en pleine évolution.

Outre l'énucléation, il est utile de prescrire un traitement général qui consiste dans les frictions mercurielles à hautes doses, les transpirations, les instillations d'atropine, le séjour dans l'obscurité. Ce traitement doit être continué fort longtemps et finit par réussir malgré des apparences de rechutes.

On a signalé de rares exemples d'ophtalmie sympathique survenue longtemps après l'énucléation, il y a lieu d'en rechercher la cause dans l'état des parties molles de la cavité orbitaire. En pareille circonstance, la résection des filets nerveux qui occupent encore le fond de l'orbite peut avoir une influence favorable sur l'œil sympathisé. A. TROUSSEAU.

Directe Vererbung von beiderseitigen Microphthalmus (Transmission directe par hérédité de microphtalmie double), par G. MAYERHAUSEN (*Centralb. für prakt. Augenheilk., avril* 1882).

L'auteur eut occasion d'examiner un enfant de 10 ans dont la mère et la grand'mère étaient atteintes aussi de microphtalmie.

Voici, résumées, ces trois observations :

1° La mère, âgée de 53 ans, raconte qu'à sa naissance ses paupières restèrent fermées pendant plusieurs jours. Les yeux étaient transparents, non enflammés. Mais bientôt on s'aperçut que la faculté visuelle était très faible, et que l'enfant ne pouvait tenir ses yeux tranquilles. Menstruation à 19 ans; variole à 20 ans. A la suite de cette maladie, la vision devint encore plus faible, à tel point que la jeune fille pouvait à peine se conduire dans la rue. Après une opération (probablement la discision), la vision redevient meilleure. Sur 9 enfants qu'a eus cette femme, 6 moururent en bas âge; 3 vivent encore, et 2 ont leurs yeux absolument normaux; le 3e fera l'objet de l'observation suivante :

État actuel : des deux côtés ptosis assez notable des paupières supérieures, qui recouvrent toute la moitié supérieure de la pupille; les paupières et les fentes palpébrales sont un peu plus exiguës que normalement. Le bulbe oculaire, diminué de volume dans tous ses diamètres, mesure 2/3 en moins qu'un œil normal : conformation bonne. Nystagmus oscillatoire latéral très intense; les mouvements volontaires en haut sont très bornés, mais se font facilement dans toutes les autres directions. Cornées extrêmement petites; transversalement 7 1/2 à 8 millimètres; verticalement 7 1/2 millimètres. La courbure de la cornée est peut-être un peu plus aplatie que normalement;

chambre antérieure très profonde des deux côtés; l'iris, diminué dans les mêmes proportions que la cornée, est repoussé vers le fond de l'œil en entonnoir.

Pupille gauche très petite; pupille droite très étroite aussi, mais de forme ovale dirigée du haut en bas et du dehors en dedans. Il est difficile de dire, à cause de l'étroitesse de la pupille et du nystagmus, s'il y a ou non concomitance de coloboma choroïdien.

Acuité visuelle à peu près égale des deux côtés; la femme compte les doigts à une distance de 4-4 1/2 mètres; acuité visuelle égale, peut-être améliorée par des verres convexes faibles.

Tension oculaire normale des deux côtés.

2° Auguste G..., âgé de 10 ans, le plus jeune enfant de cette femme, présente comme sa mère un état prononcé de microphtalmie.

Les bulbes oculaires sont plus développés que chez la mère; mais cependant très petits; nystagmus intense, combiné avec des mouvements de rotation.

Cornées très petites, impossibles à mesurer, à cause du nystagmus.

Chambre antérieure de profondeur normale. Pupilles étroites, de forme ronde, réagissante à la lumière, et mesurant 3 millimètres de diamètre, après instillation d'atropine; pas d'adhérences.

A droite, sur la capsule antérieure du cristallin. Légère opacité grisâtre, de 1 1/2 millimètre de diamètre, située au milieu du champ visuel. Sur la capsule postérieure, opacité centrale de 3 millimètres de diamètre, qui semble pénétrer les couches postérieures de la cornée, et se rattacher à la tache antérieure par un prolongement très ténu (éclairage oblique).

A gauche, sur la cristalloïde antérieure, opacités multiples (6 à 8), très blanches; l'une d'elles occupe le centre; de même, au pôle postérieur, opacité grisâtre pénétrant le cristallin; elle semble rattachée aux opacités antérieures par des prolongements très fins (éclairage oblique).

Toutefois, cet examen est très difficile; il n'est pas question d'un examen du fond de l'œil.

L'acuité visuelle est à peu près égale des deux côtés : l'enfant distingue les doigts à une distance de 1 1/2 mètre.

Tension oculaire normale des deux côtés.

3° Enfin la grand'mère de cet enfant, âgée de 83 ans, présente également de la microphtalmie. ROHMER.

Ueber die Anwendung der Antiseptica in der Ophthalmologie besonders des Sublimats, und über Cauterisation der Cornea (Sur l'emploi des antiseptiques en ophtalmologie, surtout du sublimé, et de la cautérisation de la cornée), par SATTLER (*Bericht üb. Versamm. der Opht. Gesell. Heidelberg*, 1883).

Sattler a expérimenté au moyen de cultures, les différents antiseptiques : acides phénique, borique, salicylique, iodoforme, etc.

Il donne la préférence au sublimé; outre les précautions opératoires pour les opérations sur l'œil, l'auteur, malgré des opinions contraires, est convaincu que certaines suppurations résultent encore de germes infectieux.

Pour la cautérisation de la cornée, l'auteur recommande un galvanocautère de son invention, dans lequel, à l'aide d'un clapet fixé sur le manche, il est possible d'interrompre à volonté le circuit. ROHMER.

De la valeur de l'iodoforme dans les maladies des yeux, par ALKER (*Inaug., Dissert. Giessen*, 1883).

1° L'iodoforme est toujours bien supporté de quelque manière qu'il soit appliqué.

2° Il est surtout utile dans les affections ulcéreuses de la cornée, surtout dans les kératites à hypopyon de nature infectieuse.

3° Il est antiseptique et aseptique dans toutes les blessures fraîches, soit accidentelles, soit opératoires.

4° Il éclaircit sensiblement la cornée dans le pannus scrofuleux et les infiltrations profondes.

5° Pour la conjonctivite blennorragique, son action est inférieure à celle des caustiques. A. TROUSSEAU.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

The three tonsils; some practical suggestions in regard to their function and diseases, par F.-H. BOSWORTH (*The med. Record, New-York*, 4 *octobre* 1884).

Sous cette dénomination, « les trois amygdales, » l'auteur comprend les amygdales proprement dites et la masse glandulaire de la voûte du pharynx (glande de Luschka, amygdale pharyngée). Ces glandes ont une structure analogue (glandes recouvertes de la membrane muqueuse bucco-palatine), des fonctions similaires (lubrification du pharynx), et elles sont frappées des mêmes affections pathologiques. Les symptômes varient un peu, en raison du siège différent; mais on trouve, pour l'amygdale pharyngée comme pour les amygdales palatines, l'inflammation aiguë ou subaiguë, l'hypertrophie, etc. A propos de l'hypertrophie, Bosworth discute la question des ablations des amygdales; le danger d'hémorragie a été exagéré; on n'a jamais (?) chez les enfants d'écoulement sanguin important, et chez les adultes on s'en rend facilement maître.

D'après l'auteur, on désigne trop souvent l'angine comme amygdalite. Dans l'angine, l'amygdale n'est pas atteinte, il s'agit d'une inflammation du tissu cellulaire péri-amygdalien ou du palais. Bosworth regarde l'angine comme une manifestation le plus souvent rhumatismale; les succès nombreux qu'il accuse en employant les gargarismes et solutions de salicylate de soude démontrent clairement cette origine.

Dans la discussion à l'Académie de médecine de New-York, F. Hamilton dit qu'il est inutile de toucher aux amygdales hypertrophiées après un certain âge.

A. Jacobi dit que la section de l'amygdale donne peu de sang (à moins d'intervention pendant l'état inflammatoire). Quand il y a hémorragie abondante elle vient d'une section du voile ou d'autre part. Le meilleur hémostatique est la compression digitale. Hamilton a recours à la cravate de neige ou de glace.

W.-S. Jarvis fait observer, avec beaucoup de raison, qu'il est des amygdales qu'on ne doit pas enlever au bistouri, ce sont les amygdales dures, sclérosées, comme chez les syphilitiques. L'excision donne lieu à des hémorragies sérieuses et il est préférable d'user du serre-nœud ou du cautère. Pour les autres variétés d'hypertrophie, on peut user du bistouri.

A. C.

Ueber die Hypertrophie der dritten Tonsille, par HACK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 41, 1883).

Il existe un peu au-dessus de l'orifice de la trompe d'Eustache une couche de tissu adénoïde analogue à celui des amygdales, qui a 7 millimètres d'épaisseur et qu'on désigne sous le nom de troisième amygdale ou amygdale pharyngée. Quand cette masse glandulaire s'hypertrophie, elle remplit une partie du pharynx, oblitère les fosses nasales et les trompes d'Eustache, et repousse le voile du palais; dans quelques cas exceptionnels, elle peut même apparaître au-dessous du voile sous forme d'une tumeur rougeâtre.

Cette hypertrophie s'observe surtout chez les enfants de 7 à 15 ans.

Les sujets qui en sont porteurs ont un facies caractéristique de stupidité, d'hébétude, parfois d'idiotie; la bouche est constamment ouverte à cause de l'imperméabilité des fosses nasales. Le défaut de résonance de l'arrière-cavité est la cause du timbre spécial de la voix qui semble étouffée, privée du retentissement normal, bien différente de la voix nasonnée des sujets atteints de polypes. Les malades ne parlent qu'avec une difficulté extrême; l'obstacle qui s'oppose à l'émission des sons leur cause une telle gêne qu'on les voit faire de grands efforts pour le surmonter, et encore ne peuvent-ils articuler distinctement toutes les syllabes.

On note encore chez eux le catarrhe du pharynx et de l'arrière-cavité contrastant avec la sécheresse des narines, l'impossibilité de se moucher ou d'aspirer par le nez, la diminution du sens de l'odorat, et enfin les bourdonnements d'oreilles et la surdité plus ou moins complète. Quand on tente d'administrer une douche nasale, l'eau revient à l'orifice externe au lieu de pénétrer dans la gorge.

Le diagnostic de l'affection est facile pour un observateur exercé qui, d'après la physionomie du sujet, le son de sa voix et l'état de sa respiration nasale, distingue à première vue l'hypertrophie de la troisième amygdale de l'hypertrophie amygdalienne vulgaire et des diverses altérations des fosses nasales. Mais pour établir le diagnostic d'une façon certaine, il faut pratiquer l'examen rhinoscopique postérieur; l'introduction du miroir est toujours possible, car la tumeur repousse le voile du palais à une certaine distance de la paroi pharyngienne. Quant à l'exploration digitale l'auteur ne l'a jamais jugée nécessaire; il conseille même de s'en abstenir pour ménager la susceptibilité du patient. Il est rare que la tumeur soit assez volumineuse pour apparaître au-dessous du voile du palais; les sujets atteints de division de la voûte palatine sont donc les seuls qui puissent fournir le spectacle direct de la tumeur.

L'affection doit-elle être considérée comme causée par la scrofule?

L'auteur n'admet pas la relation, et montre que les accidents pharyngiens et auriculaires trop souvent rapportés à la maladie générale sont tout simplement les conséquences du mal local.

La marche de la maladie est intéressante à observer : il y a souvent un temps d'arrêt au moment de la puberté, de sorte que la tumeur, ne suivant pas le développement du squelette et des parties molles, reste proportionnellement plus complète que pendant l'enfance et détermine dès lors moins d'accidents.

Malgré cette considération, il faut tenir le pronostic pour sérieux; et, à cause des troubles fonctionnels si graves que nous avons énumérés, à cause de l'inhabileté du voile du palais, qui peut même persister après l'opération, il faut toujours conseiller un traitement énergique.

L'extirpation de la tonsille pharyngienne s'effectue sans douleur et sans danger; le seul inconvénient à redouter, c'est l'inflammation de l'oreille moyenne, qu'on peut éviter, presque à coup sûr, si l'on a soin de n'opérer qu'avec le contrôle du miroir pharyngien. On n'a pas encore signalé de récidive.

A quel procédé opératoire faut-il avoir recours ? L'auteur conseille de pratiquer l'extirpation par la bouche à l'aide de l'anse galvano-caustique ; il évite ainsi l'effusion du sang. Chez la plupart des enfants on a généralement besoin de quatre à six séances ; l'auteur, qui en a opéré quinze, n'a pu se contenter d'une séance que dans un seul cas, chez un enfant de onze ans.

Il est remarquable de constater le bien-être qu'éprouvent les opérés une fois débarrassés de la tumeur et jouissant du libre exercice de leurs fonctions; une précaution utile consiste à leur faire exécuter méthodiquement des exercices de langage. L. GALLIARD.

Case of hœmorrhage from the internal carotid artery subsequent to suppurative tonsillitis, par Bernard PITTS (*St Thomas's hosp. Rep. XII, p.* 131).

Un homme de 39 ans se présente à l'hôpital avec une amygdalite phlegmoneuse classique. Treize jours après le début des accidents, le malade a la sensation de quelque chose qui se rompt dans sa gorge, et il rend environ 16 onces de sang artériel. Le chirurgien ne trouve pas le point de départ de l'hémorragie. Celle-ci se reproduit le lendemain, aussi abondante que la veille, en dépit de l'application de glace et de perchlorure de fer sur les amygdales. Le cou présente une large ecchymose au-dessous de l'oreille gauche et un gonflement profond au-dessous du sternomastoïdien.

La ligature de la carotide primitive est pratiquée, et pendant tout une journée il ne se fait plus d'hémorragie ; mais le lendemain, brusquement le sang repart à flot, et en quelques minutes le malade meurt. On trouve une ulcération de la carotide interne communiquant avec une cavité anfractueuse située en arrière de l'amygdale gauche.

Discutant ce cas au point de vue du traitement, l'auteur émet l'opinion qu'en pareil cas il faut lier simultanément la carotide primitive et la carotide externe, afin d'empêcher les voies anastomotiques de retour pour le sang dans la carotide interne. Encore n'empêche-t-on pas le sang d'affluer par la vertébrale ; mais cette dernière source sanguine est moindre que les précédentes, car les anastomoses de la carotide et de la vertébrale ne se font guère qu'à la base du cerveau. H. R.

Vorstellung eines Falles von spontan geheilter Gaumenspalte (Exemple de guérison spontanée d'une division de la voûte palatine), par J. WOLFF et B. FRAENKEL (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 38, p. 583, 18 septembre 1882*).

La parole nasonnée d'un garçon de 13 ans ayant porté Wolff à examiner son palais, il constata que celui-ci offrait les traces indubitables d'une fissure guérie pendant la vie intra-utérine :

Incisives supérieures irrégulièrement placées. Luette bifide. Cordon cicatriciel sur la ligne médiane de la muqueuse de la voûte palatine osseuse, se continuant sur le voile jusqu'à la luette, sous forme d'une fine raie blanchâtre mieux appréciable au toucher qu'à la vue.

A travers le revêtement du palais osseux, le doigt perçoit sur la ligne médiane une lacune longue d'un centimètre et demi, formant, dans la portion horizontale de l'os palatin et à la partie la plus reculée de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur un triangle isocèle à base postérieure.

Si l'on introduit le doigt en arrière du voile, on constate l'absence de la partie postérieure du vomer et comme conséquence une conformation anormale des narines postérieures.

La lèvre supérieure a sa configuration normale, mais elle est très courte.

La rhinoscopie, pratiquée par Fraenkel, fut d'autant plus facile qu'il subsiste entre le bord libre du voile palatin et la paroi pharyngée postérieure un espace de près de 2 centimètres.

La muqueuse du pharynx nasal est boursouflée et les amygdales pharyngiennes sont hypertrophiées.

La cloison des narines s'insère en bas beaucoup plus en avant qu'habituellement, de sorte qu'elle forme un talus très incliné en bas et en avant. Les cornets inférieurs la surplombent fortement en arrière et proéminent dans le pharynx.

Ni dans la phonation ni dans les efforts de vomissements, l'isthme pharyngien ne se ferme.

Wolff, partant de la défectuosité de la parole dans ce cas où la nature a fait seule les frais de la guérison, sans perte de substance ni rétraction cicatricielle, en conclut à la nécessité de combiner toutes les opérations plastiques ayant pour but de remédier à une division du palais, d'où l'emploi d'un de ses obturateurs mous. J. B.

Spasmodic swallowing or retraction of the tongue, par R.-H. THOMAS (*The med. News, 19 avril 1884*).

L'auteur a observé le symptôme de rétraction linguale chez une femme sujette à des attaques d'asthme analogues à l'asthme d'été, mais survenant l'hiver sous l'influence de parfums intenses, de poussière, etc. La malade avait été prise de sensation d'engourdissement, puis de tremblement commençant du côté gauche de la langue et gagnant tout l'organe. Impossibilité d'articuler les mots, puis dans un spasme la langue vint se coller dans la gorge, empêchant toute respiration. Aucun symptôme d'hystérie. La malade retint la langue en dehors, dès qu'elle la relâchait, la langue se rétractait en arrière et la suffocation survenait. Des inhalations de chloroforme et l'administration de bromure calmèrent la crise, qui reparut le lendemain pour ne plus revenir, laissant la malade fatiguée, anéantie.

Thomas rappelle divers cas analogues de crampe ou spasme lingual; presque toujours, contrairement à son observation, les sujets étaient

nerveux à l'extrême, hystériques. On trouvera dans son article les indications bibliographiques de cet accident rare. A. C.

Polype muqueux de la luette, par DARTIGNOLLES (*Journ. de méd. de Bordeaux, 18 mai 1884*).

Jeune fille de 22 ans, présente depuis quelques années de fréquents maux de gorge de durée peu longue.

Le 20 janvier dernier, elle est prise d'accidents assez violents : vive douleur en haut et en arrière. Efforts bruyants d'expuition, fatigants et agaçants par leur répétition. Déglutition des solides difficile. Près de l'extrémité libre de la luette on aperçoit une tumeur grosse comme une petite lentille, opaline, ressemblant à une grosse vésicule remplie de sérosité. La tumeur enlevée d'un coup de ciseaux, on note qu'elle est solide, d'un blanc grisâtre, longue de trois millimètres. Elle offre de petites masses dures, serrées les unes contre les autres et rappelant l'aspect d'une framboise. A l'incision on trouve les vacuoles d'un gris blanc dures, non vasculaires et sans liquide.

L'auteur fait ensuite remarquer que les polypes muqueux, dont celle-ci présente les caractères, peuvent se manifester par des symptômes semblables à ceux de l'angine, et que les symptômes, accès de toux et nausées, qu'on leur attribue, peuvent manquer. OZENNE.

I. — Ueber syphilitische Pharynxstricturen, par W. LUBLINSKI (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 24, p. 361, 11 juin, et n° 33, p. 506, 13 août 1883*).

II. — Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstrikturen, par J. PAULY (*Centralblatt für Chirurgie, n° 17, p. 276, 1884*).

I. — Les rétrécissements syphilitiques du pharynx sont toujours causés par la rétraction cicatricielle d'ulcères. Ils ne se développent que de longues années après l'infection et sont toujours précédés de manifestations spécifiques pharyngées qui ont récidivé nombre de fois en dépit du traitement.

Le rétrécissement peut siéger soit vers le haut du pharynx en amenant l'atrésie des narines postérieures, soit près du larynx, soit en même temps dans les deux endroits.

Les rétrécissements de la partie supérieure proviennent d'ulcérations de la paroi postérieure du pharynx ou du voile, souvent impossibles à voir sans rhinoscope; mais on peut en présumer l'existence lorsque l'examen ordinaire de la gorge ne fait constater ni ulcères ni paralysie palatine qui expliquent les violentes douleurs pendant la déglutition, le reflux des liquides par le nez et le nasillement.

Si les lésions sont abandonnées à elles-mêmes, il se produit soit une perforation du voile, soit des adhérences partielles ou totales. Lublinski a observé 16 cas de soudure complète du voile palatin. Les malades, obligés de respirer uniquement par la bouche, ont la gorge sèche, ne peuvent se moucher, perdent graduellement le goût et l'odorat, nasonnent en parlant et ont l'air stupides.

En cas d'adhérences partielles, ce sont surtout les arcs pharyngo-palatins ou la luette et la portion attenante du voile qui se fixent à la paroi postérieure du pharynx. L'unique symptôme est alors un timbre fortement nasal de la voix.

Dès que la plus grande partie de la face postérieure du voile est soudée à la paroi pharyngée, les troubles morbides deviennent considérables. Les malades avalent de travers, ne peuvent dormir sans ronfler effroyablement. Il arrive que l'œil et le stylet ne parviennent à trouver l'orifice de communication entre les deux cavités qu'au moment de l'expiration et en ayant soin de maintenir le nez du malade ferme.

L'opération est justifiée, bien qu'elle ne remédie qu'incomplètement au nasonnement. Lublinski l'a pratiquée 12 fois avec de bons résultats; une seule fois, dans un cas de syphilis héréditaire, les adhérences se sont reproduites. Voici comment procède l'auteur.

Il introduit dans le nez une sonde avec laquelle il vient presser contre son doigt placé dans la gorge. Dès qu'il a trouvé l'endroit le moins résistant qui correspond presque toujours à l'emplacement de la luette, il fait à ce niveau une incision de 1 centimètre 1/2 de long dans laquelle il place chaque fois une bougie qu'il laisse à demeure.

Les rétrécissements de la partie inférieure du pharynx sont beaucoup plus rares. Aux 19 observations publiées jusqu'ici, Lublinski ajoute 2 nouveaux faits.

Il s'agit toujours d'une néomembrane cicatricielle qui s'étend de la base de la langue aux parois postérieure et latérales du pharynx. Cette membrane présente près de son centre ou de sa périphérie l'orifice de communication avec les organes profonds, larynx et œsophage. Cet orifice occupe, comme dans un entonnoir, la portion la plus déclive.

L'intensité des phénomènes morbides du côté de la respiration et de la déglutition est en rapport direct avec l'étroitesse de l'orifice. Dans le fait d'Oertel l'ouverture était à peine comme une tête d'épingle; dans celui de Schrœtter elle laissait pénétrer l'index.

La trachéotomie, tout indispensable qu'elle soit en certaines occurrences, ne doit pas être pratiquée sans nécessité urgente, parce que la pression de la canule sur une muqueuse déjà disposée à s'ulcérer n'est pas chose indifférente. Le malade de Fiedler succomba à une ulcération et à des tumeurs développées au-dessous du bord aigu de la canule.

Mais il faut se garder aussi de tomber dans l'autre extrême. En effet une ouverture si étroite peut être oblitérée par une circonstance inattendue et le patient périr suffoqué, comme cela est arrivé dans le cas de Berzelius.

Malgré l'aphonie existante, il se peut que le larynx soit demeuré intact.

En dehors du traitement préventif il n'y a qu'à inciser la membrane, à badigeonner les lèvres de la plaie avec une solution de nitrate d'argent et à introduire ensuite des cathéters. J. B.

II. — Un homme de 39 ans se présente à Pauly avec une respiration bruyante, une voix fortement nasonnée et une impossibilité absolue de respirer par le nez. A l'examen on lui trouve le voile du palais froncé par une large cicatrice et complètement soudé à la paroi postérieure du pharynx; la luette, plissée à sa base par la cicatrice, a l'épaisseur du petit doigt et la longueur d'un pouce. Cette occlusion de l'orifice postérieur des fosses nasales ne rendant pas compte à Pauly de l'existence de la dyspnée, il pratique l'examen laryngoscopique et trouve le rétrécissement cicatriciel annulaire du pharynx, décrit par Trendelenburg, Schech et Lublinski (*Berl. klin. Woch*, 1883, n° 24). Une membrane blanche, qu'il était facile d'atteindre et d'explorer avec le doigt, s'étendait horizontalement depuis la base de la langue

jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, réduisant la communication avec le pharynx et l'œsophage à une ouverture excentrique du diamètre d'un pois. Le malade nie la syphilis, mais l'étiologie n'est pas douteuse. Trachéotomie préalable, section du rétrécissement avec le bistouri boutonné de Tobold, dilatation avec les canules de Schrœter, boutonnière derrière la luette.

Après l'incision du rétrécissement on parvint à voir l'épiglotte comprimée latéralement mais entièrement saine; rien au larynx, sauf un peu d'injection. La pointe de l'épiglotte était cachée sous la base d'un triangle matériel qui, parti de la région des papilles caliciformes se prolongeait sur les parois du pharynx.

La production de ces rétrécissements n'est explicable, dit l'auteur, que par la coexistence d'ulcérations syphilitiques des parois postérieure et latérales du pharynx et de gommes ulcérées de la base de la langue. Dans les 19 cas publiés jusqu'à ce jour on note toujours des altérations pharyngiennes très étendues, entre autres une soudure plus ou moins complète du voile du palais; de là la nécessité de pratiquer l'examen laryngoscopique dans tous les cas de syphilis pharyngienne étendue, car on ne peut agir sur ces rétrécissements que par la prophylaxie.

DE SANTI.

Vorstellung eines Falles von vollstaendiger symmetrischer Verschmelzung des weichen Gaumes mit der hinten Rachenwand (adhérence complète du voile palatin au pharynx) par P. HEYMANN, O. FRAENKEL, DENNERT, HARTMANN, BŒCKER, J. WOLFF et B. BAGINSKY (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 24, *p.* 373, *n°* 25, *p.* 389, *et n°* 26, *p.* 404, 12, 19 *et* 26 *juin* 1882).

La malade de *Heymann* est une femme de 33 ans qui présente depuis l'âge de 8 ans, une soudure absolue du voile et des piliers postérieurs du palais au pharynx.

Cette femme offre aussi un épaississement des cordes vocales et des lésions cicatricielles du larynx et son thorax est un peu déformé.

Troubles fonctionnels peu accusés à part l'absence d'odorat.

Elle articule bien les voyelles et les consonnes qui n'ont pas de timbre nasal; mais il lui est impossible d'émettre la gutturale *r*, ni de soutenir les *m*, *n*, ni enfin de proférer un *n* placé immédiatement après un *k*.

Dennert a observé un fait analogue chez une personne de 38 ans, mais il existe en plus une surdité tenant à une oblitération cicatricielle des trompes d'Eustache et vieille de 17 ans. Le tympan atrophié avait perdu sa mobilité, l'oreille moyenne était remplie d'un liquide analogue à l'humeur vitrée. Un traitement convenable a amélioré convenablement l'état de l'ouïe.

Hartmann a vu un cas de soudure entière du voile palatin au pharynx chez une fillette sans le moindre nasonnement, contrairement à ce que dit Kuhn, qui a reproduit cette observation.

Bœcker a pu observer chez une femme syphilitique une soudure des piliers antérieurs à la langue. Il ne restait qu'un orifice capable d'admettre au plus un tuyau de plume; et durant trois mois l'alimentation dut être exclusivement rectale.

A. *Wolff* estime que chez le malade de Heymann il y aurait lieu d'établir une communication artificielle entre les cavités nasale et uccale; B. *Baginsky* objecte le cas de Kuhn (*Archiv für Ohrenheilk*), où malgré des opérations réitérées et très pénibles l'adhérence tendait toujours à se reproduire.

J. B.

Ueber Pharyngomycosis leptothricia, par Theodor HERING (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VII, p.* 358, 1884).

Sous le nom de pharyngo-mycose, Hering étudie une maladie des amygdales et de la base de la langue caractérisée par la présence de petits nodules blanchâtres ou grisâtres, quelquefois arrondis, plus souvent pédiculés, ou bien d'excroissances en forme d'épines. Ces produits se forment rapidement alors qu'ils ont été enlevés, ils n'amènent que des troubles locaux peu accentués, il est rare qu'ils atteignent un développement suffisant pour altérer la santé générale. Ils sont surtout formés de cellules épithéliales et de parasites végétaux (Leptothrix).

L'affection n'a aucune gravité, disparaît d'elle-même à la longue, mais le médecin est obligé d'intervenir, pressé par le malade. L'affection est très tenace et l'on a grand'peine à la guérir même en cautérisant avec le galvano-cautère, ce qui constitue encore le meilleur mode de traitement.

M. DEBOVE.

Beobachtungen über den Pharynx und Larynx von Taubstummen (Observations sur le pharynx et le larynx de sourds-muets), par A. OTT (*Prager med. Wochenschrift, n°* 14, 1884).

Les résultats de cet examen qui a porté sur 135 sujets sont sans grande importance; l'auteur mentionne l'hypertrophie des amygdales, l'état de l'épiglotte, tantôt relevée, tantôt rabattue. Ce qui semble le plus caractéristique, c'est de voir la glotte toujours complètement fermée, sauf 16 fois ; 6 fois même elle offrait une largeur de 2 à 3 millimètres. La voix, comme on pouvait s'y attendre, puisqu'elle n'est pas ici sous le contrôle de l'oreille, était rude, monotone et prenait parfois des notes de fausset. R.C.

De l'épistaxis, par VOLTOLINI (*Rev. mens. de laryngol., 1er octobre* 1884).

Dans cette note, Voltolini cite plusieurs observations où il put se rendre maître d'épistaxis rebelles et graves à l'aide de la cautérisation au galvano-cautère. Le plus souvent, dans ces cas, le sang vient de la partie antérieure de la cloison cartilagineuse et sort par un orifice, comme d'un vaisseau rompu, ou d'une veine, ou d'une petite tumeur angiomateuse.

Comme causes prédisposantes de ces épistaxis, on ne peut guère invoquer que la disposition anatomique de l'organe, sa richesse vasculaire. Le seul traitement rationnel est la cautérisation au rouge cerise, suivie d'application de compresses froides sur le nez.

Si l'hémorragie nasale ne vient pas d'un point vasculaire (hémorragie consécutive aux opérations, etc.) il faut tamponner rapidement le nez avec de la ouate sèche ; et cela ne suffit pas, recourir au tamponnement de le cavité naso-pharyngienne. Voltolini ne se sert pas de la sonde de Belloc : il fait le tamponnement avec la pince à polypes ou le doigt, à la rigueur, si l'on n'avait aucun instrument (Voy. XIX, 296, XX, 702). A. C.

Le rhinosclérome, par CORNIL (*Progrès médical,* 28 *juillet* 1883).

Des coupes pratiquées sur un gros bouton dur, enlevé de la cloison des

fosses nasales, ont montré les altérations suivantes : très peu de modifications dans les couches épidermiques ; les papilles dermiques sont développées et richement vascularisées ; la caractéristique de la tumeur se trouve dans les modifications du derme. Les vaisseaux présentent des parois épaissies, infiltrées et entourées de petites cellules arrondies, disséminées entre les fibres du tissu conjonctif. Parfois ce stroma devient très dense, il s'agit d'une véritable sclérose péri-vasculaire. Entre les vaisseaux, au milieu des éléments embryonnaires on trouve de grandes cellules sphéroïdales, très volumineuses, d'un diamètre de 20 μ ; elles présentent un ou plusieurs noyaux et se colorent par divers réactifs ; ce sont là les éléments caractéristiques du rhinosclérome. Les noyaux sont de volume variable, et plongent dans un protoplasma réticulaire, comme le montre l'imprégnation par l'acide osmique.

Il existe aussi au sein du protoplasma des masses réfringentes hyalines, arrondies ou irrégulières, volumineuses surtout dans les grosses cellules. Parfois il existe une seule masse ; parfois deux ou trois, séparées par des travées du protoplasma réticulé. Il arrive enfin que la cellule tout entière se trouve complètement remplie par une masse hyaline ; le noyau se trouve alors rejeté à la périphérie, comme dans les cellules adipeuses.

Les masses réfringentes qui peuvent sortir des cellules sont colorées par tous les réactifs ; en jaune clair par l'acide osmique ; en jaune orangé par le picro-carmin ; en bleu par le violet de méthyle ; en jaune par l'iode. Il s'agit donc simplement d'une substance hyaline.

Cornil n'a pas trouvé les micrococcus signalés par Fritsch ; il est porté à croire que ces soi-disant microbes ne sont autre chose que des granulations du protoplasma des cellules, devenues libres et colorées par la couleur d'aniline ; c'est du moins ce qu'il a observé dans le cas présent ; et ces granulations ont la même nature que les masses réfringentes précédemment étudiées. H. L.

Beiträge zur plastichen Chirurgie der Nase, par J. MIKULICZ (*Arch. für klin. Chirurgie, t. XXX, p.* 106, 1884).

Dans quatre faits, dont l'un a déjà été publié (*Wiener med. Woch.*, 1879, n° 46), l'auteur a tenté de substituer au squelette cartilagineux des ailes du nez, détruit par diverses causes, une charpente artificielle. Pour cela, après avoir mobilisé la peau à l'aide d'un ténotome, il introduisait dans les fosses nasales un appareil en fils de fer revêtus de caoutchouc, qui devait rendre au nez sa forme normale. Le résultat immédiat de ces opérations fut excellent ; mais, au bout de quelque temps, la rétraction de la cicatrice empêcha l'introduction de l'appareil. Dans les deux derniers cas cependant, grâce à l'énergie des opérés, il y eut un résultat définitif un peu meilleur.

Chez un jeune homme qui avait une destruction syphilitique de la voûte ostéo-cartilagineuse du nez, il obtint cependant un succès remarquable par une série d'opérations qui peuvent se résumer ainsi : section sous-cutanée des adhérences cicatricielles de la peau et des os, puis, pendant 10 jours, tamponnement du nez à la gaze iodoformée ; au bout de ce temps, placement, dans les fosses nasales, d'un appareil à double charnière dont une des extrémités s'appuyait à l'épine nasale du frontal, l'autre à l'orifice antérieur des fosses nasales ; mais cet appareil lui-même, bien que facile à introduire, de-

vint douloureux. Alors, à l'imitation de Billroth. Mikulicz recourut, un an plus tard, à l'opération suivante : il introduisit dans les fosses nasales un scalpel court et fort à l'aide duquel il coupa, sur les bords de l'orifice osseux, la muqueuse et le périoste des fosses nasales jusqu'à l'os ; il décolla ensuite avec une rugine le périoste de la face antérieure du maxillaire jusqu'au bord orbitaire, et, attirant fortement vers la ligne médiane les parties molles ainsi mobilisées, il forma un nez à la base duquel il passa deux sutures profondes pour en faire saillir l'arête. Les sutures furent enlevées au bout de 18 jours, la forme du nez était parfaite. Le malade porta pendant 15 jours encore une pince de Frisch (pince composée de deux plaques de liège rapprochées par un ressort et qu'on met à cheval sur le nez), puis il ne porta plus cette pince que pendant la nuit et se contenta, durant le jour, d'un pince-nez à large monture de corne et à verre de vitre. Neuf mois plus tard, le résultat était encore excellent.

Dans un autre cas, chez un homme doué d'un nez d'une longueur extraordinaire et auquel une ulcération syphilitique avait détruit le bord libre de la cloison de telle sorte que le bout du nez flottait à la façon d'une trompe, Mikulicz aviva les bords de la perte de substance, tailla, aux dépens de la pointe et de la partie inférieure du dos du nez, un lambeau à base supérieure analogue au lambeau frontal de la rhinoplastie totale, décolla sur les bords de ce lambeau la peau des ailes du nez jusqu'au pli naso-labial, de façon à former deux courts lambeaux latéraux, puis rabattit d'avant en arrière sur sa base le lambeau médian, de façon à en faire une nouvelle cloison qui s'adaptait à la perte de substance, réséqua des cartilages des ailes du nez tout ce qui dépassait la nouvelle pointe, coupa également l'excédent de peau des lambeaux latéraux, réunit cette peau à la muqueuse et forma de la sorte un nez un peu raccourci, mais suffisamment élégant.

Dans un dernier cas enfin, chez une femme de 47 ans qui avait perdu tout le squelette ostéo-cartilagineux du nez, y compris la cloison, mais qui avait conservé la peau et la muqueuse atrophiées, aplaties, rétractées, l'auteur sépara par deux incisions elliptiques dans le pli naso-labial le nez de la joue en ne laissant, en haut et en bas, que deux ponts cutanés qui reliaient l'ancien nez à la lèvre supérieure d'une part, à la racine du nez d'autre part; puis, abrasant avec un bistouri bien tranchant l'épiderme et la face superficielle de la peau de ce nez détaché, il replia en avant les deux ailes de ce nez de façon à adosser les surfaces cruentées; il les réunit par des sutures au catgut chromique et il forma ainsi un éperon qui prolongeait le rudiment de cloison qui existait déjà et qui put servir de point d'appui à un nouveau nez. Ce nouveau nez fut fait par la rhinosplastie totale à lambeau frontal. Un an et demi après l'opération, la patiente avait encore un nez très présentable. DE SANTI.

Cases of reflex cough due to nasal polypi with remarks, par John-N. MACKENZIE (*Transact. of the med. and chirg. soc. of Maryland*, 1884).

L'auteur a signalé, à plusieurs reprises, la fréquence de toux réflexe comme un signe de lésions de diverse nature siégeant sur les cornets et la muqueuse qui les recouvre, spécialement sur la zone érectile qui couvre l'extrémité postérieure du cornet inférieur. Les polypes donnent lieu à des accès de toux réflexes du même genre. L'auteur cite trois observations bien démonstratives de malades ayant un coryza presque permanent, souffrant depuis des mois de quintes de toux fort pénibles, sans aucune lésion de la gorge, du cœur ou des voies aériennes. Chez ces malades, on trouve un polype plus ou moins volumineux, siégeant sur le cornet inférieur, avec gonflement, rougeur de la muqueuse nasale.

L'ablation du polype fit disparaître tous les accidents : la toux cessa comme par enchantement. A. CARTAZ.

Altérations pathologiques des cornets du nez comme cause de névroses réflexes, par S. MEYERSON (*Gazeta lekarska, n°s* 18 *et* 19, 1884).

Après Hack et Sommerbrodt, M... publie une observation qui montre l'asthme produit par action réflexe d'origine nasale. Il y avait des polypes muqueux sur le cornet moyen gauche ; leur ablation n'eut aucune influence sur les accès d'asthme, mais la destruction galvanocaustique de la muqueuse hypertrophiée du cornet inférieur droit les arrêta complètement. C'est une confirmation très nette des théories de Hack. R. C.

Ueber Asthma insbesondere in seinen Beziehungen zu den Krankheiten der Nase (De l'asthme, spécialement dans ses rapports avec les maladies du nez), par SCHNITZLER (*Wien. med. Presse, n°* 20 *et suiv.*, 1883).

L'auteur rappelle le nom des auteurs qui ont traité ce sujet avant lui : Duplay, Voltolini, Hänisch, Fränkel, etc. ; puis cite quelques observations où l'asthme était lié soit aux polypes muqueux du nez, soit au coryza chronique, persistait plusieurs années et disparaissait après la guérison des affections nasales. Les accès d'asthme étaient nettement caractérisés : début brusque, dyspnée allant rapidement jusqu'à la véritable suffocation et disparaissant d'une façon inopinée ou décroissant d'une façon progressive pour être remplacée par une euphorie complète. Souvent l'accès est annoncé par un coryza aigu, et celui-ci peut même constituer à lui seul le paroxysme asthmatique en donnant lieu à des éternuements répétés.

L'accès, toujours très pénible, dure plusieurs heures et peut même se prolonger pendant plusieurs jours ; l'expectoration, d'abord rare, devient abondante, tandis qu'on perçoit d'abord des râles sibilants et ronflants, puis des râles sous-crépitants, et que la percussion fournit une sonorité tympanique.

Les paroxysmes sont souvent séparés par un intervalle de quelques semaines ou de quelques mois.

Quelle est la relation qui existe ici entre les affections nasales et l'asthme ? Faut-il incriminer le rétrécissement des voies ou la propagation du catarrhe à l'arrière cavité et aux bronches ? L'auteur pense que l'asthme, qui n'est autre chose qu'une névrose du nerf vague, est le résultat d'un réflexe partant des branches nasales du trijumeau et de l'olfactif ; à l'excitation du nerf vague s'ajoute celle du phrénique et des vasomoteurs produisant les spasmes du diaphragme et les hypersécrétions bronchiques.

Pour éviter le retour des accès d'asthme, il faut, d'une part, traiter énergiquement le coryza chronique, d'autre part, extirper les polypes muqueux, puis cautériser la muqueuse, où ils pourraient récidiver.

L. GALLIARD.

A contribution to the study of coryza vasomotoria periodica or so called hay-fever, par John-N. MACKENZIE (*Med. Record, New York,* 19 *juillet* 1884).

L'auteur a montré (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 734), par des exemples

probants, qu'il existait dans les cavités nasales (cloison et partie inféro-postérieure du cornet inférieur) une zone sensitive, zone tussigène, dont l'excitation provoquait une toux réflexe. En étudiant, d'après cette donnée, les formes bizarres de l'hay-fever, M... arrive à penser que les traits caractéristiques de cette affection trouvent leur explication dans un état d'éréthisme particulier du tissu érectile nasal et spécialement de la zone indiquée. Cette zone correspond à la distribution terminale des branches sphéno-palatines du maxillaire supérieur, branches contenant probablement les vaso-moteurs. A chaque crise, on peut constater le gonflement de cette région.

Cette irritabilité exagérée du tissu caverneux résulte d'un état de congestion dû lui-même à des causes externes directes ou indirectes, ou à un désordre fonctionnel des vaso-moteurs. C'est le système nerveux central qui serait en cause plutôt que les filets nerveux terminaux périphériques.

Une multitude de causes (et le pollen est compris dans la nomenclature) peuvent provoquer cette turgescence et cette excitabilité du tissu caverneux nasal. Quelque cause occasionnelle que l'on fasse intervenir, la crise est due à cet éréthisme de la zone érectile. D'où l'indication de modérer l'excitabilité de cette région et d'abolir au besoin la sensibilité par la destruction (cautérisation) de cette partie.

Mackenzie rapporte, à l'appui de sa thèse, une observation intéressante et très détaillée. A. CARTAZ.

I. — The antrum of Highmore, and some of its diseases, par D.-H. GOODWILLIE (*Med. News*, 20 *septembre* 1884).

II. — Suppuration in antrum, superficial necrosis of maxilla, gouging, recovery, par Berkeley HILL (*Med. Times*, 27 *septembre* 1884).

III. — Suppuration in the left antrum with symptoms indicating disease of frontal sinus, par GODLEE (*Ibidem*).

I. — L'auteur étudie, dans cette note, les signes des abcès, de l'hydropisie et de diverses affections du sinus maxillaire. Il rapporte cinq observations intéressantes :

1° Suppuration de la cavité d'Highmore, datant de douze ans, due à un abcès alvéolaire, déviation de la cloison nasale. Polype nasal. Arrachement du polype; correction de la déviation. Trépanation de la cavité dentaire, lavage du sinus, guérison complète.

2° Abcès du sinus avec exophtalmie. Carie dentaire. Trépanation dans la région nasale, guérison.

3° et 4° Inclusions dentaires dans le sinus avec abcès consécutifs. L'auteur explique ainsi, pour un cas, l'inclusion. Abcès de la pulpe avec suppuration osseuse radiculaire, nécrose alvéolaire et enfoncement d'une dent par l'opérateur chargé d'enlever les dents malades.

5° Abcès du sinus, datant de dix ans.

II et III. — Deux observations d'abcès du sinus; dans l'une les symptômes avaient donné le change et fait croire, sur le premier examen, à une lésion du sinus frontal. A. C.

Some observations on the toxic effects of chrome on the nose, throat and ear, par John-N. MACKENZIE (*American Med Association*, 8 *mai* 1884).

Bécourt et Chevallier (*Ann. d'hygiène*, 1863), Delpech et Hillairet (*R. S. M.*, VIII, 570) ont appelé l'attention sur les accidents qui surviennent chez les ouvriers employés à la fabrication du bichromate de potasse, notamment sur les ulcères du nez et les perforations de la cloison.

Mackenzie a eu l'occasion de vérifier l'exactitude de ces faits chez des ouvriers d'une fabrique de sels de chrome de Baltimore. On observe fréquemment la perforation du cartilage de la cloison nasale, perforation qui peut se faire avec grande rapidité, mais précédée presque toujours et accompagnée de symptômes inflammatoires à divers degrés. La lésion est ordinairement limitée à la partie cartilagineuse et à la partie antéro-inférieure, par suite de l'exposition au contact des poussières nocives; mais elle peut s'étendre à toute la cloison, gagner même les cornets, le pharynx nasal, où l'on trouve des ulcérations, de la rougeur, du gonflement. Presque toute la muqueuse naso-bronchique est en état d'hypérémie, avec de petits extravasats sanguins.

Si les ulcérations s'étendent, les sécrétions deviennent muco-purulentes, il se forme dans le nez des croûtes épaisses. Malgré cela, l'odorat n'est pas atteint et la fétidité est à peu près nulle; les ulcérations ne s'étendent pas à la partie supérieure de la cavité nasale et l'absence d'odeur tient à la puissance désinfectante des poussières qui tuent les germes. On peut observer enfin de l'otorrhée par propagation, inflammation purulente de la caisse et perforation du tympan. A. CARTAZ

On perforating ulcers of the septum nasi, par Jonathan HUTCHINSON (*Med. Times*, 5 *juillet* 1884).

En dehors des ulcères, amenant une perforation de la cloison et reconnaissant pour cause la syphilis, le lupus, H..., reconnaît un certain nombre d'ulcères d'origine tout à fait obscure. Cet ulcère progresse lentement, est situé sur une face de la cloison, et amène insensiblement la perforation. Sa marche lente suffirait à le différentier de l'ulcère syphilitique.

L'auteur relate 12 observations comprenant des cas bien avérés de syphilis, d'autres douteux, d'autres où le lupus peut être soupçonné, d'autres enfin où l'ulcère a guéri sous la seule influence du traitement local. A. C.

Quelques remarques sur les rhinolithes, par SCHMIEGELOW (*Congrès de Copenhague; Rev. mens. de laryngol.*, *novembre* 1884).

L'auteur a eu l'occasion de soigner un homme de 58 ans qui, depuis seize ans, souffrait d'un écoulement purulent et fétide de la narine gauche, avec obstruction complète de cette cavité.

On trouve, par l'examen, un corps dur qui occupe entièrement le méat inférieur et une partie du méat moyen; sous la forme d'une fourchette, ce corps englobe le cornet inférieur. Il s'agissait d'un calcul qui fut enlevé après brisement; la guérison fut rapide et complète.

La pierre était composée de couches de phosphate de chaux, de phosphate de magnésie, carbonates, etc., sans noyau.

Un symptôme bizarre à noter : pendant cinq ans le malade avait, chaque fois qu'il s'animait, une sudation de la moitié gauche de la tête ; ce symptôme a disparu quatre ans avant l'extraction. Schmiegelow pense qu'il s'agit d'une névrose vaso-motrice réflexe et que la pression du calcul a fini par détruire et atrophier les éléments nerveux, annihilant ainsi tout réflexe. A. C.

Dental formation in the nasal cavity, par E. FLETCHER INGALS (*Journal of the americ. med. Association*, 23 *février* 1884).

Un corps étranger enlevé de la fosse nasale gauche à l'aide du serre-nœud sous le chloroforme consistait en une dent surnuméraire de 2 centimètres de long, analogue à une canine. Elle occupait le plancher, à 4 centimètres derrière la narine. R. C.

I. — Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand, par A. JURASZ (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 4, *p.* 49, 23 *janvier* 1882).

II. — Ueber subperichondrale Resection der knorpeligen Nasenscheidewand par Ferdinand PETERSEN (*Idem*, n° 22, *p.* 329, 28 mai 1883).

I. — Adams (*British med. journal*, 2 octobre 1875) traite les déviations intenses de la cloison des fosses nasales de la façon suivante :

Avec une pince de construction spéciale, il ramène de force, dans le plan médian, la cloison déviée. Puis il introduit dans les narines un compresseur formé de deux plaques métalliques qui, rapprochées l'une de l'autre, maintiennent la cloison dans la situation normale. Afin de conserver le résultat acquis le malade porte des plaques d'ivoire pendant un certain temps.

Jurasz ayant essayé cette méthode sur un de ses malades a reconnu que l'extraction de la pince, nécessaire à l'introduction du compresseur, offrait l'inconvénient de permettre à la cloison de reprendre sa position vicieuse.

Aussi, tout en conservant le principe d'Adams, il a imaginé un instrument qui, réunissant les fonctions de pince et de compresseur, fournit la possibilité d'exécuter en un seul temps toute l'opération.

On introduit séparément chaque branche de l'instrument dans les fosses nasales en les appliquant au niveau de la cloison déviée, de la même façon qu'un forceps sur une tête d'enfant ; puis on ferme la pince, dont les plaques terminales, en se rapprochant, font disparaître la déviation de la cloison. Cela fait, on fixe les plaques au moyen de leur vis, qui les maintient en place, tandis qu'on retire le reste de l'instrument.

Après avoir laissé le compresseur trois jours, on en desserre la vis et l'on extrait les plaques l'une après l'autre.

Afin de prévenir la reproduction de la déviation, quelques semaines devant, on fait porter au malade les plaques d'ivoire d'Adams.

Jurasz relate l'observation de deux malades traités à l'aide de sa pince-compresseur. Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 14 ans, opéré d'une déviation traumatique des portions moyenne et postérieure de la cloison cartilagineuse, datant de trois mois et affectant la forme de *S*. Le second fait concerne un garçon de 5 ans, ayant depuis trois ans un rétré-

cissement de la narine droite dû à la proéminence du bord libre de la cloison cartilagineuse.

II. — Petersen a pratiqué trois fois avec succès, chez des adolescents atteints de déviation de la cloison à sa partie inférieure ou moyenne, la résection sous-périchondrique d'environ 1 centimètre de haut du cartilage dévié.

Sur la convexité anormale de la cloison, une incision perpendiculaire remonte aussi haut et en arrière qu'on veut réséquer. Une deuxième incision, celle-ci horizontale, suit d'arrière en avant le bord inférieur du cartilage de la cloison, que Petersen enlève toujours, quel que soit le siège de la déviation. Une troisième incision, de nouveau perpendiculaire, faite sur la partie antérieure de la narine, constitue, avec les deux précédentes, un lambeau à sa base supérieure. Reste à détacher le périchondre avec l'élévatoire. Cela fait, on sépare de la cloison membraneuse le bord inférieur du cartilage.

Alors avec l'élévatoire, et sans quitter la narine rétrécie, on passe entre le cartilage et le périchondre de l'autre face de la cloison, et on détache ce périchondre sur une longueur suffisante. Quand le cartilage est complètement libéré des deux côtés, on le sectionne, d'abord en arrière et en avant, puis en haut, de sorte que le tronçon réséqué ait la forme $\hat{u}$. En procédant ainsi, la narine correspondant à la concavité de la cloison est restée complètement indemne. Finalement on suture le lambeau muco-périchondrique aux angles. Le traitement ultérieur est très simple et la dilatation secondaire est en général superflue. J. B.

De l'importance de la laryngoscopie dans le diagnostic de quelques affections extra-laryngées, par ARIZA (*El genio med. quirurgico*, 31 *mai* 1884).

L'auteur donne l'observation d'une femme de 45 ans qui vint le consulter pour une dyspnée permanente, accompagnée de véritables accès de suffocation, de toux convulsive. A l'examen, on trouve une paralysie de la corde vocale gauche (paralysie des abducteurs). Cette paralysie unilatérale ne rendait pas compte de la violence des attaques de dyspnée. Ne pouvant, en raison de l'immobilité de la corde, éclairer suffisamment la trachée, l'auteur eut recours au procédé de Massei (éclairage intense du cou au niveau de la trachée) ; il pénètre une quantité de lumière suffisante pour que le miroir, placé comme à l'ordinaire, permette de voir le tube trachéal rétréci et animé de battements isochrones. Le diagnostic d'anévrisme aortique était confirmé par la présence, en arrière de l'articulation sterno-claviculaire, d'une région pulsatile. L'auteur recommande cet examen de la trachée, qui peut faire reconnaître un anévrisme tout à fait au début. A. C.

Étude anatomique et pathologique des ganglions péritrachéo-laryngiens, par GOUGUENHEIM et LEVAL-PIQUECHEF (*Bull. de l'Ac. de méd., tome XIII, n° 9*).

Les auteurs désignent sous ce nom les glandes lymphatiques qui sont situées profondément dans la région cervicale, autour des premiers segments des voies aériennes, vers la partie inférieure et postérieure du

larynx, et dans le voisinage immédiat de la trachée, de l'œsophage et du nerf récurrent. Ces ganglions forment une chaîne composée presque toujours de trois amas ou groupes :

1° Un groupe inférieur le plus constant, le plus volumineux et qui se confond avec les glanglions médiastinaux ;

2° Un groupe moyen, moins constant et formé de ganglions excessivement petits, qui peuvent échapper à la vue ;

3° Un groupe supérieur situé près de la partie postéro-inférieure du larynx, composé aussi de ganglions très petits.

Ces trois groupes peuvent se réunir et former une chaîne commune ; quelquefois l'un des groupes supérieurs peut manquer. Ils sont susceptibles de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux et peut-être aussi chez les syphilitiques.

Dans des autopsies pratiquées sur des tuberculeux, l'hypertrophie était surtout prononcée aux groupes inférieur et supérieur. Lorsque le nerf récurrent est comprimé, on observe soit de la paralysie, soit du spasme de la glotte, plus ou moins longtemps, et même à l'état permanent.

GASTON DECAISNE.

Die Laryngo-und Tracheostenosen im Verlaufe des Abdominal-typhus und ihre chirurgische Behandlung (Les sténoses du larynx et de la trachée dans la fièvre typhoïde et leur traitement chirurgical), par A. LÜNING (*Arch. f. klin. Chir., t. XXX, p.* 225 *et* 523, 1884).

Signalé pour la première fois par Bayle (1808) dans le cours de certaines fièvres graves, l'œdème de la glotte fut nettement rattaché par Rokitansky, en 1842, à la fièvre typhoïde. L'auteur en a réuni 200 observations environ, grâce auxquelles il fait l'histoire de cette complication.

Au point de vue pathogénique, les complications laryngo-trachéennes de la fièvre typhoïde ne répondent pas à une altération anatomique constante. C'est ainsi que, sur 115 autopsies, Lüning trouve :

9 cas d'œdème simple,

4 abcès de la muqueuse,

7 ulcérations de la muqueuse ou des parties molles,

2 ulcérations ayant dénudé le cartilage sans détruire le périchondre,

7 abcès d'origine périchondrale ayant dénudé mais non détruit les cartilages,

59 périchondrites suppurées avec nécrose des cartilages (44 fois du cricoïde, 26 fois de l'aryténoïde, 10 fois du thyroïde),

17 cas de croup ou de diphtérie,

4 cas de gangrène,

1 paralysie du récurrent,

3 cas d'asphyxie par thyroïdite,

2 cas d'asphyxie par des abcès circonvoisins.

La périchondrite suppurée est donc la lésion la plus fréquente ; elle se rencontre sur tous les cartilages, sauf l'épiglotte ; elle débute le plus souvent par les cartilages aryténoïdes et s'étend de là aux autres cartilages, ce qui explique pourquoi les ulcérations typhoïdes du larynx se rencontrent le plus souvent sur les cordes vocales.

Au point de la symptomatologie et du diagnostic, l'auteur insiste sur la marche généralement silencieuse de ces complications. Le malade, prostré par la stupeur typhoïde, n'accuse en général parmi ses plaintes vagues aucun phénomène spécial du côté du larynx, et réagit si faiblement que ce n'est que lorsque la destruction des cartilages est déjà avancée qu'on voit éclater à l'improviste des accidents aigus d'œdème de la glotte, qui rendent urgente la trachéotomie ; souvent même le diagnostic n'est établi qu'après la mort. On a pu cependant observer l'expuition d'un peu de mucus sanguinolent, de pelotons purulents et parfois même de débris de cartilage.

La laryngite diphtérique débute à la fin du 2e ou au commencement du 3e septenaire ; elle est rapidement mortelle et la trachéotomie y est le plus souvent inutile parce qne les fausses membranes s'étendent dans les bronches.

Le pronostic est très grave, 4 guérisons sur 52 non opérés (7,6 0/0), mais la trachéotomie l'améliore notablement puisque sur 147 trachéotomies on compte 70 guérisons (48 0/0).

La trachéotomie est le seul traitement efficace des complications laryngiennes de la fièvre typhoïde ; elle doit être précoce. Des applications topiques, les révulsifs, les vomitifs, les cathétérismes, sont plus nuisibles qu'utiles et font perdre un temps précieux. Il se fait habituellement, après la trachéotomie, des rétrécissements laryngiens cicatriciels qui empêchent de retirer la canule ; cependant on trouve parmi les faits recueillis par Lüning 5 observations dans lesquelles les opérés purent se passer de canule au bout d'un espace de temps qui varie de 7 mois à 6 ans.

Ce volumineux et consciencieux travail se termine par un recueil de 199 observations, dont 14, soigneusement décrites, proviennent de la clinique chirurgicale de Zurich, à laquelle l'auteur est attaché comme médecin adjoint. DE SANTI.

I. — Note sur 85 cas de trachéotomies pratiquées à l'aide du thermo-cautère, par Jules BŒCKEL (*Soc. de méd. de Strasbourg*, 8 *novembre* 1883).

II. — Étude critique sur la trachéotomie au thermo-cautère, par THIÉBAUT (*Rev. méd. de l'Est*, nos 11-15, 1883).

I et II. — J. Bœckel est partisan de l'emploi du thermo-cautère pour la trachéotomie ; les statistiques qu'il donne dans le travail de son élève Thiébaut et dans cette note personnelle sont incontestablement favorables à l'opinion qu'il défend. Ce n'est pas qu'il proscrive absolument le bistouri ; mais toutes les fois que le sujet est gras, que le corps thyroïde est un peu volumineux ou sillonné de veines, il faut prendre le cautère. L'auteur donne d'une façon détaillée le manuel opératoire, et l'on verra que le thermo-cautère n'est employé qu'après section de la peau au bistouri. L'instrument doit être porté au rouge sombre ; une fois les tissus divisés, la trachée mise à nu, l'ouverture est encore faite au bistouri. C'est en somme une trachéotomie par un procédé mixte. Voici du reste les conclusions de ce travail, qui porte sur 85 opérations, ayant donné 44 guérisons, 41 morts :

1° La diérèse non sanglante constitue la méthode de choix dans l'opération de la trachéotomie ;

2° L'action du couteau thermique doit être limitée à la section de la glande thyroïde ; la peau et la trachée doivent être sectionnées au bistouri ;

3° Le thermo-cautère, manié avec prudence, permet de diviser le corps thyroïde sans hémorragie, la plupart du temps même à blanc ; grâce à l'innocuité de cette section, la trachéotomie peut être faite très haut (crico-trachéotomie), loin des plexus veineux sous-thyroïdiens ;

4° Il ne faut pas en réserver l'emploi pour l'adulte exclusivement ; on en retire les mêmes avantages chez l'enfant ;

5° L'hémorragie primitive ou consécutive fait entièrement défaut ; le rétrécissement trachéal consécutif n'est pas à craindre.

Ajoutons que, toutes les fois qu'il n'y a pas asphyxie trop menaçante, l'auteur anesthésie ses malades (chloroforme) en poussant jusqu'à résolution complète. A. C.

A case of distorsion and cicatricial stenosis of the trachea, following the prolonged use of a tracheotomy tube, with an illustration, par Geo-M. LEFFERTS (*New York med. record*, 26 *avril* 1884).

Ces modifications ne causaient aucune incommodité au malade ; elles consistaient cependant en une dépression notable de l'arc antérieur du cartilage cricoïde, un renflement latéral de la paroi trachéale et en plusieurs tractus cicatriciels résistants dirigés d'avant en arrière au-dessous du point déprimé du cartilage thyroïde. Le canal respiratoire n'atteignait pas la moitié de la glotte normale. R. C.

Moyen de remédier à l'asphyxie résultant de l'introduction du sang dans la trachée, par H.-A. BEACH (*New York med. journ.*, 1er *novembre* 1884).

Beach donne comme fort ingénieux et très pratique le moyen employé par Bigelow dans un cas d'asphyxie par le sang tombé dans la trachée pendant une opération sur la face et la cavité buccale ; il ouvre la trachée et glisse aussi profond que possible, au delà de l'obstacle formé par les caillots (beyond the point of the obstruction), une sonde molle avec laquelle on fait la respiration artificielle.

Ueber Laryngitis hœmorrhagica, par STEPANOW (*Monatschrift für Ohrenh.*, 1, 1884).

L'auteur nomme ainsi l'épanchement sanguin à la surface de la muqueuse et non dans son épaisseur. Il la considère comme une variété de laryngite particulièrement fréquente chez la femme, et d'une durée plus considérable que la forme catarrhale simple. Les symptômes sont d'ailleurs identiques, sauf que dans la période moyenne de la maladie on voit survenir des crachats sanglants spontanément ou par suite d'efforts de toux, sans que le laryngoscope puisse indiquer le mode de sortie du sang, car on ne trouve que les lésions du catarrhe et des caillots.

R. CALMETTES.

Piece of coal in left bronchus one hundred and one days (101 jours) ; pericarditis, par James OLIVER (*Med. Times*, 11 *octobre* 1884).

L'auteur rapporte l'observation d'un corps étranger (morceau de char-

bon engagé dans la bronche droite) ayant donné lieu à des symptômes de phtisie. L'occlusion de la bronche était presque complète; il y eut consécutivement de la péricardite, et l'état devenait grave lorsque le fragment fut rejeté le 101e jour. Tout rentra aussitôt dans l'ordre et les signes de phtisie s'amendèrent et disparurent bientôt. A. C.

A case of foreign body in the bronchus, par John-A. WYETH (*New York med. journ.*, 1er *novembre* 1884).

Enfant de 12 ans qui, au moment de souffler une sorte de sarbacane, fait une inspiration profonde. La flèche tombe dans les voies aériennes. Après quelques moments de suffocation et d'angoisse, il ne reste qu'un peu de toux. La percussion et l'auscultation firent admettre que le corps étranger était dans la bronche droite. Trachéotomie. Wyeth introduit une pince sans pouvoir saisir la petite flèche, même insuccès avec des fils d'argent formant une anse. On passe deux fils de soie dans la trachée et on la maintient ainsi ouverte, sans canule.

Quinze jours plus tard, la toux, l'expectoration sanguinolente continuant, on décide de poser une canule. L'enfant est endormi; faisant une tentative nouvelle, Wyeth introduit le doigt profondément dans la trachée; il en résulte un effort expiratoire violent, et au moment où on tâche d'introduire la canule, le dard est rejeté dans la bouche. Guérison parfaite. A. C.

Report of a remarkable case of cough, par Alexander MAC COY (*Medical News*, 30 *août*, 1884).

L'auteur fut consulté par une femme de 40 ans, souffrant depuis plusieurs années d'une toux spasmodique que rien n'avait arrêté, présentant par moments de véritables accès. Il n'existait aucune affection pulmonaire; mais la gorge présentait de nombreuses cicatrices, et à l'examen laryngoscopique on voyait une bande cicatricielle partant du rebord de la zone aryténoïdienne laryngée et venant s'attacher sur les parois du pharynx; à chaque mouvement, l'épiglotte devait frôler cette bande; d'où les chatouillements, les accès de toux.

On ne trouvait chez la malade aucun antécédent syphilitique; les cicatrices pharyngées tenaient à une angine que son médecin avait qualifiée de diphtérie. La corde cicatricielle fut divisée avec le galvano-cautère à deux reprises et la toux cessa complètement. A. C.

Report on leprous infiltration of the epiglottis and its dependance on the bacillus lepra, par George THIN (*Brit. med. journal*, *p.* 109, *juillet* 1884).

Description intéressante du larynx d'un lépreux, mort avec des accidents qui rappelaient ceux de la phtisie laryngée. L'épiglotte était très gonflée: la glotte rétrécie au point de laisser passer difficilement une sonde, les cordes vocales exulcérées. Le gonflement était surtout produit aux dépens du tissu sous-muqueux, par le fait de l'œdème et de la prolifération conjonctive. L'épithélium et le cartilage paraissaient sains.

En colorant la préparation successivement à la fuchsine et au bleu de méthylène, les cellules lépreuses se montrèrent colorées en rouge vif, contrastant avec la teinte des tissus environnants, sains ou inflammatoires. Dans toutes ces cellules se voyaient des bacilles en grand nombre. Le fait le plus intéressant est que ces bacilles sont surtout nombreux dans les vaisseaux capillaires, et qu'ils respectent complètement l'épithélium. H. R.

Phtisie laryngée, ossification et nécrose des cartilages du larynx; exostose du cricoïde, perforation de la paroi antérieure de l'œsophage, par P. DIGNAT (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux, t. IV, p.* 98).

Homme de 43 ans, sans antécédents héréditaires. Signes de phtisie pulmonaire avancée. Toux fréquente. Douleur laryngée avec raucité de la voix. Difficultés très grandes et douleur pour avaler; la déglutition devient si pénible qu'on a recours au cathétérisme œsophagien. La sonde ne peut pénétrer; on provoquait de véritables accès de suffocation. Mort quelques jours plus tard.

A l'autopsie, tubercules et cavernes dans les deux poumons. Ulcérations sur l'épiglotte et sur le larynx. Gonflement œdémateux considérable des replis ary-épiglottiques et de la bande ventriculaire gauche. De ce côté vaste ulcération qui a détruit la corde vocale. Le cartilage aryténoïde de ce côté a également disparu. Ossification de toute la moitié supérieure du cartilage cricoïde, formant une exostose en partie nécrosée qui a perforé la paroi postérieure du larynx et fait saillie dans l'intérieur de l'œsophage.

A. CARTAZ.

Gomme syphilitique du larynx, arthrite crico-aryténoïdienne gauche, paralysie de l'abducteur droit, trachéotomie, guérison, par J. CHARAZAC (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er *septembre* 1884).

Voici le résumé de l'observation assez rare et curieuse rapportée par l'auteur :

Femme de 29 ans. Contracte la syphilis en 1879. Accouchement prématuré la même année. Enfant mort. En janvier 1883, mal de gorge qui résiste à tout traitement et se complique quelque temps après de laryngite. A l'examen laryngoscopique, gonflement et ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, tuméfaction qu'on reconnut comme gomme du larynx. Les jours suivants, à la suite d'un coup de froid, apparition d'œdème, paralysie de la corde vocale droite (paralysie de l'abducteur), cornage, dyspnée extrême, nécessitant la trachéotomie. Sous l'influence du traitement spécifique (spécifique de Gibert), toute trace de l'affection disparut et quand on supprima la canule, il ne restait qu'un peu de raideur de l'articulation crico-aryténoïdienne. A. C.

Un corpo estraneo nell esofago, estrazione, paralisi delle due corde vocali, par KURZ (*Lo sperimentale, mars* 1884).

Une domestique âgée de 20 ans, qui, le 7 mars 1883, avait avalé une aiguille, consulta l'auteur le 10 avril; elle ne pouvait manger sans souffrir; elle avait la voix enrouée et présentait un gonflement au niveau du premier anneau trachéal.

Le laryngoscope démontra la parésie de la corde vocale gauche. Après avoir été sondée avec une sonde œsophagienne, la malade prétendit que la tête d'aiguille avait changé de place. A la suite de plusieurs essais, l'auteur réussit à extraire cette aiguille de 3 centimètres de longueur et la malade ne souffrit plus au manger. Par contre, la malade perdit la voix, et le 11 avril, le laryngoscope révéla une parésie des deux cordes vocales. La faradisation et la strychnisation débarrassèrent la malade de cette infirmité, et le 28 mai, elle fut complètement guérie.

La paralysie double, explique l'auteur, est due à une lésion directe du pneumogastrique gauche. Ce cas vient à l'appui de la théorie de Johnson, d'après laquelle la lésion d'un nerf récurrent provoquerait seulement une

parésie de la corde vocale du même côté, tandis qu'une lésion du pneumo-gastrique est suivie d'une paralysie des deux cordes vocales.

MARCUS.

Das Resorcin bei Kehlkopfleiden (La résorcine dans les maladies du larynx), par ANDEER (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 8, 1884).

La résorcine possède une action astringente et en même temps anesthésiante qui la rend très utile dans les inflammations des muqueuses avec chute épithéliale ; elle facilite la réparation de l'épithélium, sans qu'il se produise de cicatrices. A ce titre, Andeer l'a essayée avec succès dans les hyperplasies et les desquamations épithéliales du larynx et dans les laryngites tuberculeuses ou autres.

L. D.-B.

Ueber Kehlkopfexstirpation bei Carcinom (De l'extirpation du larynx pour le cancer), par E. HAHN (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXXI*, *p.* 171, 1884).

L'auteur a communiqué au Congrès de chirurgie de 1884 cinq observations personnelles et inédites d'extirpation du larynx, dont trois extirpations totales chez des individus de 43, 48 et 58 ans. De ces trois opérés, deux, chez lesquels il avait fallu enlever une partie de l'œsophage et les ganglions lymphatiques avoisinants, sont morts, l'un à la 4e, l'autre à la 5e semaine, de broncho-pneumonie, tandis que le troisième, opéré depuis déjà 3 mois, est guéri. Les deux extirpations d'une moitié du larynx, faites pour des cancers, l'une il y a 3 ans et demi chez un homme de 67 ans, l'autre il y a 9 mois chez un individu de 54 ans, n'ont pas eu de récidive jusqu'à ce jour. — Hahn a présenté ces trois opérés. Le premier, celui qui a subi l'extirpation totale, porte un larynx artificiel de Gussenbauer avec lequel il peut facilement et sans peine se faire entendre, mais que Hahn a modifié légèrement de façon à empêcher la pénétration des liquides dans la trachée. Les deux autres opérés portent de simples canules ouvertes en haut et ils se font si bien comprendre qu'ils ont refusé jusqu'à ce jour de laisser fermer leurs plaies, bien que cela n'entraînât aucune gêne respiratoire.

Les pièces anatomiques présentées au Congrès justifient les trois extirpations totales pratiquées par Hahn. L'auteur espère par sa communication faire revenir les chirurgiens sur la condamnation dont a été frappée l'extirpation du larynx au 6e Congrès international de médecine ; il croit que ses observations et la statistique des faits publiés jusqu'à ce jour démontreront que, lorsque c'est possible, il ne faut extirper qu'une moitié du larynx parce que cette opération est notablement moins dangereuse que l'extirpation totale (52 extirpations totales, 24 morts à la suite de l'opération ; 11 extirpations partielles, 1 mort) ; ensuite les récidives ne sont pas plus fréquentes à la suite des demi-extirpations et enfin l'état fonctionnel est remarquable, puisque dans la plupart des cas, les opérés peuvent se passer de canule. Hahn se sert pour le tamponnement d'une canule spéciale dont l'extrémité inférieure est entourée d'éponge préparée.

L'opération commence par la division médiane du larynx, puis on extirpe une moitié ou la totalité de l'organe en procédant de haut en bas ou de bas en haut.

DE SANTI.

Notes on a case of extirpation of the larynx, par T. HOLMES (*Brit. med. journ. p. 802, octobre 1884*).

Homme de 63 ans, atteint de cancer ayant son point de départ probable dans l'épiglotte, et envahissant les aryténoïdes. En raison de l'inanition menaçant plus la vie que la dyspnée, l'extirpation de la tumeur fut résolue, au lieu de se contenter d'une simple trachéotomie.

Incision verticale de l'os hyoïde au 5e anneau de la trachée, traversée par une incision horizontale. Dissection attentive du larynx, puis incision médiane au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde, ouverture de la membrane thyrohyoïdienne. Le larynx est alors séparé en deux moitiés de ses insertions supérieures. On éprouve de grandes difficultés pour la moitié gauche, qui se continue avec une tumeur épithéliale se prolongeant vers l'excavation amygdalienne. Peu d'hémorragie cependant, chaque vaisseau étant lié à mesure.

Mort du malade 40 heures après l'opération. On constata que toute la tumeur n'avait pu être enlevée. H. R.

Die Taubstummen in Preussen nach der Zählung vom 1er december 1880 (*Berliner klinische Wochenschrift, no 33, p. 520, 14 août 1882*).

Au 1er décembre 1880, on comptait en Prusse 27,794 sourds-muets, ce qui représente une proportion de 10,2 pour 10,000 habitants. Lors du précédent recensement décennal, cette proportion n'était que de 9,9. La surdi-mutité est un peu plus fréquente chez les hommes (15,168) que chez les femmes, fait déjà constaté antérieurement.

L'infirmité paraît plus fréquente chez les israélites. Le nombre plus grand de sourds-muets parmi les israélites s'explique peut-être par l'habitude plus répandue des mariages consanguins. 0,8 pour cent des sourds-muets du sexe masculin et 0,6 pour cent des sourds-muets du sexe féminin étaient mariés, veufs ou divorcés.

Les enfants recevaient l'instruction par la méthode de Heinricke (méthode d'articulation) : les uns dans 45 instituts de sourds-muets, les autres dans les écoles créées spécialement par l'État à leur usage. J. B.

Des hallucinations de l'ouïe et de la fausse audition chez les musiciens et les chanteurs, dues à l'autophonie dans les maladies de l'oreille, par Samuel SEXTON (*Rev. mens. de laryngol., 1er novembre 1884*).

L'auteur entend par autophonie, le phénomène qui se produit quand le sujet, lorsqu'il parle ou lorsqu'il chante, entend le son comme s'il venait de l'intérieur du crâne au lieu de sortir de la bouche et de frapper l'oreille comme cela a lieu normalement.

L'autophonie peut survenir au cours d'une maladie aiguë ou chronique, grave ou légère de l'oreille moyenne ; elle donne lieu à de véritables hallucinations de l'ouïe, et les malades leur assignent très fréquemment pour origine une lésion de l'organe vocal. Quand les attaques sont légères, le pronostic est favorable ; dans les cas graves, on remédie quelquefois aux hallucinations, aux troubles les plus marqués, mais l'autophonie et les bourdonnements cèdent plus difficilement. Le pronostic varie du reste beaucoup, suivant la lésion primordiale et suivant le degré de nervosité des sujets. A. C.

Ueber den Einfluss sexueller Irritationen des Gehörorganen (De l'influence des irritations de la sphère génitale sur l'organe de l'ouïe), par WEBER-LIEL (*Monatschrift für Ohrenh.*, *n*° 9, 1883).

Une malade de W.-L..., atteinte d'hyperesthésie ovarienne avec bourdonnement d'oreille extrêmement violent ne réussissait à le calmer pour une demi-journée que par l'application d'un sac de glace sur l'ovaire gauche. De même la masturbation, principalement chez la femme, aurait une grande action sur l'oreille, comme l'auteur en rapporte un cas. Dans les cas où une affection utérine, l'onanisme causent des bourdonnements ou aggrave une surdité, si on met une électroïde dans la trompe d'Eustache pendant qu'on promène l'autre sur l'épigastre ou la région lombaire (courant galvanique), on rencontrerait un ou plusieurs points très sensibles dont l'excitation électrique arrêterait ou diminuerait les bourdonnements, les vertiges et la sensation de pression dans l'ovaire. R. CALMETTES.

Ueber psychische Störungen bei Gehörkranken (Des troubles mentaux liés à des affections auriculaires), par FÜRSTNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 18, *p.* 261, 30 *avril* 1883).

Fürstner a observé 26 cas de coexistence de psychoses avec des affections auriculaires dans lesquels l'affection de l'ouïe était la première en date.

Dans les deux faits suivants, il s'agissait de bruits sanguins perçus par l'oreille et déterminés soit par une chlorose, soit par la compression des vaisseaux du cou due à un goitre.

Demoiselle de 21 ans à hérédité psychique morbide du côté maternel, aménorrheique et anémique. Bruits vasculaires stéthoscopiques et ondulations des jugulaires.

Au retour d'une promenade fatigante, cette femme perçoit brusquement dans l'oreille gauche un bruit de souffle perçant, qui dès le lendemain est entendu aussi dans l'autre oreille. Obsédée par la monotomie et la persistance de ce bruit, la malade devient inapte à toute occupation et incapable de prendre part à la conversation; son moral s'affecte. Bientôt elle éprouve des douleurs de tête violentes et de l'insomnie. Le trouble mélancolique s'accuse de plus en plus et par intervalles cette femme refuse les aliments. Un jour elle est prise d'un accès dans lequel elle est en proie à une rage de destruction aveugle et cherche à se mutiler les oreilles de toutes les façons imaginables. Dans ses idées noires, le souffle auriculaire joue un rôle prédominant. C'est une peine que Dieu lui inflige. L'acuité de l'ouïe était parfaite et l'examen de l'oreille complètement négatif.

Une médication tonique poursuivie pendant trois mois et demi fit disparaître le bruit auriculaire et l'état mélancolique.

Il est à noter que le chloral prescrit contre l'insomnie n'eut d'autre effet que d'augmenter l'intensité des bruits auriculaires. C'est, du reste, une observation que Fürstner a fréquemment faite chez les anémiques et qui se trouve aussi dans le cas publié par Tuczek (*R. S. M.*, XXI, 719).

Femme de 44 ans, à prédisposition héréditaire du côté maternel à la fois pour les psychoses et pour le goitre. Chez elle la tumeur thyroïdienne est sujette à de fréquentes variations de volume. Dans l'une des secondes séries

du goitre, survenue sans cause appréciable, cette femme fut prise dans les deux oreilles d'un bourdonnement dont la continuité ne tarda pas à la plonger dans une extrême anxiété accompagnée de prostration morale. Rien à l'examen auriculaire. La maladie empirant il survint de l'angoisse précordiale, de l'insomnie et une mélancolie aiguë. Dans un paroxysme d'anxiété la malade essaya de s'étrangler : La diminution du goitre a amené au bout de quatre mois la cessation des bruits auriculaires et la guérison de la psychose.

Fürstner constitue un second groupe morbide avec les 19 malades qui ont présenté la triade symptomatique suivante exposée dans l'ordre chronologique : 1° Bruits auriculaires donnant lieu à des illusions qui elles-mêmes deviennent l'origine d'hallucinations ou de conceptions délirantes.

L'apparition première des voix est en général subite et a lieu surtout au moment où le malade va s'endormir. Les deux tiers environ des malades avaient dépassé la cinquantaine et étaient sujets depuis de longues années à des bruits auriculaires. Fürstner considère l'âge avancé comme la cause prédisposante la plus importante qu'on retrouve d'ailleurs dans les psychoses consécutives à l'opération de la cataracte.

La folie hallucinatoire d'origine auriculaire se distingue de celle qui reconnaît d'autres causes par l'empire moindre qu'ont les hallucinations et les conceptions délirantes sur l'esprit du malade qui est moins excité et est jusqu'à un certain point conscient de son état par le nombre des idées de persécution et plus tard des idées de grandeur qui affectent une couleur religieuse, enfin par l'absence de systématisation. Toutes ces particularités permettent mieux le traitement à domicile que si le même genre d'aliénation dépend d'une autre cause.

Cependant bien qu'on observe parfois des rémissions considérables les chances de guérison sont faibles.

L'affection auriculaire consistait dans la majorité des cas, en un catarrhe chronique de la caisse avec lésions étendues du tympan et diminution plus ou moins considérable de l'ouïe.

Dans un troisième groupe se placent des états d'excitation en connexion étroite avec des processus aigus de la caisse se terminant par suppuration. Certains d'entre eux s'expliquent sans doute par une propagation de l'inflammation aux méninges, tandis que pour d'autres il y a peut-être lieu d'admettre une augmentation de la pression intra-cranienne. En effet, dans cette dernière catégorie de cas, les troubles psychiques disparaissent rapidement quand se produit une otorrhée. En voici un exemple.

Paysanne de 44 ans, hérédité psychique morbide très marquée du côté paternel. De tout temps cette femme a montré des craintes puériles à l'égard du feu et des couteaux, un certain degré d'anxiété et une intelligence plutôt faible. Peu avant Pâques 1882, l'état anxieux habituel s'est soudainement aggravé : pendant une quinzaine, la femme a eu de l'insomnie, de l'agitation, s'est crue possédée du démon, ensorcelée et a menacé de se suicider.

Après une amélioration qui se maintint jusqu'à la Pentecôte, est survenue une nouvelle aggravation avec refus obstiné de nourriture, état mélancolique, stupeur, malpropreté. A la fin de juillet, se produit inopinément par l'oreille droite un écoulement abondant de pus. Dès les jours suivants cette femme paraît renaître à la vie, accepte les aliments, rede-

vient propre; les idées mélancoliques elles-mêmes s'atténuent peu à peu et dès le commencement de septembre, on put considérer la malade comme guérie.

Enfin Fürstner range dans un 4e groupe plusieurs cas de surdité de causes variées, suivis de mélancolie hypocondriaque. Il est d'autant plus important de connaître ces faits qu'en vertu de l'ouïe plus ou moins dur des malades il existe peu de communications entre eux et leur entourage qui, sans avoir reconnu les phénomènes antérieurs de l'aliénation mentale, se trouve brusquement en présence d'une tentative de suicide paraissant inexplicable. J. B.

The supposed connection between ear disease and kidney disease (Rapport supposé entre les maladies de l'oreille et les affections rénales), par Charles BURNETT (*Medical News*, 19 *janvier* 1884).

Après un historique très complet de la question, l'auteur conclut ainsi :

1° Les preuves en faveur de la fréquence ou de l'intensité des lésions auriculaires, dues à des affections rénales sont extrêmement faibles;

2° Les maladies de l'oreille qu'on a rencontrées dans les cas de mal de Bright et de diabète sucré et qu'on pouvait attribuer à la dyscrasie produite par le désordre du rein, revêtent la forme d'épanchements séro-sanguinolents ou hémorragiques dans la caisse, mais ces épanchements sanguins ne doivent pas être confondus avec la forme active de l'otite moyenne hémorragique;

3° Les membranes du labyrinthe étant de la nature des séreuses, il est logique d'admettre qu'elles peuvent subir des altérations dans le mal de Bright; mais les recherches cliniques ou anatomo-pathologiques n'en ont pas fourni la preuve positive. R. CALMETTES.

The influence of acute otitis media on the respiration, par Aymer MACDOUGALL (*Edinb. med. journ.*, *p.* 199, *septembre* 1884).

Les lésions de l'otite moyenne donnent lieu à des accidents réflexes du côté des voies respiratoires; le fait suivant le prouve :

Une jeune fille de 20 ans entre à l'hôpital pour un ulcère de l'estomac. La température et son pouls sont réguliers, les respirations sont au nombre de 20 par minute. Quinze jours après, malgré un mieux sensible de la santé générale, on constate un accroissement de respiration hors de proportion avec l'état du pouls (P. 72. R. 36). Cette différence s'accentue les jours suivants, et pour 80 pulsations, on trouve 48 respirations, sans lésions appréciables de la poitrine. On eut l'explication de cette anomalie, en voyant survenir des douleurs d'oreilles, et bientôt une otorrhée purulente. La dyspnée continua pendant quelques jours, malgré la chute de la température et du pouls (R. 60 pour 72 pulsations). Progressivement cependant la respiration se ralentit à son tour. H. R.

Diagnostic des complications cérébrales des maladies de l'oreille à l'aide de l'ophtalmoscope, par J.-A. ANDREWS (*Transact. of the amer. Otol. Society*, 1883).

Dans quatre cas d'otite moyenne suppurée avec abcès du cerveau suivi de mort, l'auteur constata une névrite optique.

D'après les ophtalmologistes qui prirent part à la discussion (Kipp, Knapp), elle ne se produit que quand les complications cérébrales existent déjà, sans cependant que la terminaison fatale soit une conséquence nécessaire. R. C.

Un cas d'otite moyenne desquamative très tenace, avec guérison, par KNAPP (*Transact. of the amer. Otol. Society*, 1883).

Le côté intéressant de l'observation est que l'auteur transforma cette desquamation torpide de la muqueuse de la caisse en une suppuration franche par irritation substituée (boulettes d'ouate imbibées de glycérine et de nitrate d'argent). Cette irritation alla même si loin qu'il se développa des polypes qui furent enlevés au serre-nœud. Le malade guérit avec réparation de la membrane tympanique et ouïe satisfaisante.

R. C.

I. — Manometric cicatrix of the membrana tympani (Cicatrice manométrique de la membrane tympanique), par Clarence BLAKE (*American journ. of Otology, II, n° 3*).

II. — Unnatural patency of the Eustachian tube (Ouverture anormale de la trompe d'Eustache), par Albert-H. BUCK (*Ibid. II, n° 3*).

I. — L'auteur a déjà publié antérieurement deux cas où des cicatrices obéissaient nettement aux variations de pression dans la caisse. Il en rapporte un troisième exemple ; une femme de 40 ans avait été atteinte dans son enfance d'une otite moyenne suppurée. Sur la membrane tympanique droite, on trouvait le segment postéro-inférieur épaissi et en partie calcifié, tandis que le segment antérieur offrait une cicatrice translucide de forme ovale dont le plus grand diamètre avait 5 millimètres. Par le procédé de Valsalva, la cicatrice se renflait en dehors et l'ouïe très affaiblie s'améliorait un peu; mais ensuite elle s'enfonçait à chaque inspiration pour se porter encore en dehors à l'expiration suivante. La phonation n'exerçait d'influence sur la cicatrice que quand elle se trouvait à moitié chemin dans son déplacement.

II. — Buck rapporte deux cas d'ouverture permanente de la trompe; dans le premier il existait une grande cicatrice dans le quart postéro-inférieur que l'on voyait se déplacer en dedans et en dehors avec les mouvements d'inspiration et d'expiration; le procédé de Valsalva la portait momentanément en dehors et le phénomène précédent se reproduisait aussitôt. Dans le deuxième, la cicatrice occupait toute la membrane; elle se déplaçait en dedans et en dehors pendant les mouvements de déglutition, mais non pendant la respiration. R. CALMETTES.

REVUES GÉNÉRALES.

DE L'ANTIPYRINE

Par E. RICKLIN.

Consulter les travaux suivants :

UEBER DAS ANTIPYRINS, EIN NEUES ANTIPYRETICUM (SUR L'ANTIPYRINE, UN NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE, par **W. Filehne d'Erlangen** (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band VII, Heft* 6, *p.* 641, 1884). — UEBER DIE WIRKUNG DES ANTIPYRINS, par **P. Guttmann** (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 305, 1884). — ZUR WIRKUNG DES ANTIPYRINS, par **Falkenheim** (*Ibidem*, *n°* 24, *p.* 369, 1884). — ZUR ANTIFEBRILEN WIRKUNG DES ANTIPYRINS, par **Busch** (*Ibidem*, *n°* 27, *p.* 424, 1884). — ANTIPYRINS IN DER KINDERPRAXIS, par **Penzoldt et Sartorius** (*Ibidem*, *n°* 30, *p.* 461, 1884). — ZUR WIRKUNG DES ANTIPYRINS, par **von Noorden** (*Ibidem*, *n°* 34, *p.* 503, 1884). — UEBER ANTIPYRIN UND ANTIPYRINEXANTHEM, par **Cahn** (*Ibidem*, *n°* 36, *p.* 570. 1884). — ANTIPYRIN, DAS NEUESTE ANTIPYRETICUM, par **F. May** (*Deustche medicin. Wochenschrift*, *n°* 24, *p.* 369, *et suiv.*, 1884). — UEBER DEN THERAPEUTISCHEN WERTH DES ANTIPYRINS, par **Rank** (*Ibidem*, *n°* 24, *p.* 373). — ZUR WIRKUNG DES ANTIPYRINS, BEI KINDERN UND ERWACHSENEN (SUR L'ACTION DE L'ANTIPYRINE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES, par **M. Geier** (*Ibidem*, *n°* 45, *p.* 728). — UEBER DAS ANTIPYRINS UND SEINE WIRKUNGEN BEI FIEBERHAFTEN KRANKHEITEN, par **Alexander** (*Breslauer aerztliche Zeitschrift*, *n°* 11, 1884). — BEITRÆGE ZUR ANTIPYRINBEHANDLUNG, par **E. Bielschowski** (*Ibidem*, *n°* 16, 1884). — QUELQUES MOTS SUR L'ANTIPYRINE, par **A. Sasslesky** (*Wratsch.*, *n°* 25, 1884). — SUR L'ANTIPYRINE, par **E. Rapin** (*Revue médicale de la Suisse romande*, *n°* 7, 1884). — UEBER ANTIPYRINS, par **Ernst** (*Centralblatt für klinische Medicin*, *n°* 33, 1884). — ANTIPYRIN IM PUERPERALFIEBER, par **M. Jahn** (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, *n°* 78, *p.* 299, 1884). — L'ANTIPIRINA, NUOVO ANTIPIRETICO, par **E. Maragliano** (*La Salute Italia medica*, *n°* 21, 1884). — DE L'ACTION DE L'ANTIPYRINE, par **Rohmer** (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1884). — UEBER DEN WERTH DES ANTIPYRINS ALS ANTIPYRETICUM (SUR LA VALEUR DE L'ANTIPYRINE EN TANT QU'ANTIPYRÉTIQUE, par **L. von Hoffer** (*Wiener medicinische Wochenschrift*, *n°* 47, 1884). — ÉTUDE SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ANTIPYRINE, par **M. Denux** (*Thèse de Paris*, 1884). — RECHERCHES THÉRAPEUTIQUES SUR UN NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE, L'ANTIPYRINE, par **Henri Huchard** (*L'Union méd.*, 29 *novembre* 1884 *et suiv.*). — DE L'ACTION DE L'ANTIPYRINE DANS LA PNEUMONIE CROUPALE DES ENFANTS, par **P. Argoutinski** (*Wratch n°* 41, 1884). — SUR L'ANTIPYRINE, par **Ampugnani** (*Rivista clinica e tera-*

peutica, 1884). — Sur l'action de l'antipyrine, par **Neufeld** (*Gazeta lekarska*, 1884, *n*° 40). — Un nouveau fébrifuge, par **Spanocchi** (*Gaz. degli Ospitali, juin* 1884). — Antipyrin, the new antipyritic, par **A.-C. Girard** (*The Med. News*, 6 *déc.* 1884). — *Idem*, par **R. Demme** (*Forischr. d. Medicin*, 15 *oct.* 1884). — De l'action de l'antipyrine dans la tuberculose, par **Niepce** (*Revue hebdomadaire de thérapeutique*, 1885, *n*° 1, *p.* 1.)

L'antipyrine est un dérivé de la chinoline et s'obtient par oxydation du radical pyridine de ce dernier alcaloïde. Un chimiste de Breslau, M. Knorr, a réussi à préparer l'antipyrine par voie de synthèse, en faisant agir l'un sur l'autre, de l'éther acétique et de l'aniline. M. Knorr s'est réservé de faire connaître ultérieurement les détails de la préparation.

L'antipyrine se présente sous la forme d'une poudre blanche cristalline, fort soluble dans l'eau, d'une saveur peu tranchée, très supportable, que l'on corrige facilement par l'addition d'un arome tel que celui de la menthe.

L'antipyrine a été ainsi dénommée par M. Filehne, le premier qui en a étudié les propriétés physiologiques, à cause de sa puissante action fébrifuge. La réalité de cette action est attestée par plus de deux cents observations cliniques, dont les résultats se trouvent consignés dans les mémoires énumérés ci-dessus. La plupart des auteurs de ces mémoires se complaisent à assigner à l'antipyrine le premier rang sur la liste des antipyrétiques connus, avant la quinine, sur laquelle le médicament l'emporte tant par la rapidité que par l'intensité des effets fébrifuges. Nous allons tâcher de condenser dans un résumé d'ensemble, les résultats annoncés par les différents auteurs cités plus haut.

Doses. — Chez les adultes, la dose quotidienne d'antipyrine a été fixée par Filehne à 5 et 6 grammes, à prendre en trois prises, à des intervalles d'une heure, les deux premières prises étant de 2 grammes chacune, la troisième de 1 ou 2 grammes, suivant l'intensité des effets produits par les deux premières.

La plupart de ceux qui ont repris les expériences de M. Filehne ont prescrit l'antipyrine aux doses indiquées par ce dernier. M. Busch a poussé la dose quotidienne jusqu'à 9 grammes répartis sur trois prises ; ou bien il faisait prendre en deux fois la dose de 6 grammes. Tous les observateurs s'accordent à reconnaître qu'il n'y a aucun avantage à éparpiller la dose quotidienne, à faire prendre cette dose par petites prises filées. Il est reconnu de même, qu'il faut diminuer la dose et procéder avec prudence chez les sujets affaiblis, consumés par la fièvre hectique, comme c'est le cas fréquent chez les phtisiques, de crainte de jeter les malades dans le collapsus.

Chez les enfants, M. Filehne indiquait comme dose à prescrire, la moitié ou les deux tiers de la dose attribuée aux adultes. MM. Penzoldt et Sartorius, qui ont spécialement étudié l'action de l'antipyrine chez les enfants, fixent les doses de la façon suivante : faire prendre toutes les heures autant de décigrammes d'antipyrine que l'enfant compte d'années; si l'on n'obtient pas l'effet antipyrétique désiré, on augmentera chaque prise de un ou plusieurs décigrammes.

Mode d'administration. — A cause de sa grande solubilité, l'antipyrine se prête très bien à l'administration en potion. On corrigera la saveur

du médicament par l'addition d'une essence ou d'une eau aromatique (menthe poivrée) ; le vin est un excellent correctif de la saveur de l'antipyrine. Le médicament, administré dans du vin de Tokay, a toujours été accepté sans difficulté par les enfants.

L'antipyrine, ingérée par les voies supérieures, détermine quelquefois des vomissements. En ce cas, il faut recourir à l'administration par la voie rectale ; mais une dose double et même triple devient nécessaire pour produire l'effet antipyrétique désiré.

Profitant de la grande solubilité de l'antipyrine dans l'eau, M. Rank a eu l'idée d'administrer cette substance par la voie sous-cutanée, pour épargner aux malades la constriction pharyngée et les vomissements qu'entraîne parfois l'administration *per os*. L'antipyrine étant soluble à froid dans trois fois son poids d'eau, il eût fallu, pour administrer au malade 1 à 2 grammes de substance active, lui injecter successivement trois ou six fois le contenu de la seringue de Pravas remplie de la solution médicamenteuse préparée à froid. Mais l'antipyrine est beaucoup plus soluble dans l'eau chaude : un demi-gramme d'eau chaude peut dissoudre 1 gramme de substance médicamenteuse ; en se refroidissant, la solution préparée à chaud conserve sa limpidité première, sans rien laisser déposer. Il suffira donc d'injecter un à un centimètre cube et demi d'une pareille solution saturée, pour administrer au malade 2 ou 3 grammes d'antipyrine. Rank affirme que ces injections, quand elles sont pratiquées dans la région fessière du malade, sont très bien tolérées ; c'est à peine si elles déterminent une douleur passagère, sans réaction inflammatoire. M. Rank a eu recours à ce mode d'administration chez 25 fiévreux ; aucun de ces malades n'a eu de vomissements, aucun n'a éprouvé de constriction pharyngée. Par contre l'action antipyrétique était à la fois plus intense et plus rapide, que lorsque le médicament était administré par les voies naturelles. Pour obtenir des abaissements de température équivalents, il suffit d'une dose trois fois moins forte d'antipyrine, lorsque cette substance est administrée par la voie sous-cutanée, que lorsqu'elle est introduite directement dans l'estomac. A cause de l'intensité et de la rapidité de la défervescence qu'elles produisent, les injections sous-cutanées d'antipyrine sont contre-indiquées chez les malades prostrés et chez les enfants.

Il convient de dire que l'exemple de Rank n'a trouvé que peu d'imitateurs parmi lesquels nous citerons M. Niepce ; d'aucuns se sont même élevés contre l'administration de l'antipyrine par la voie hypodermique.

Action sur la température. — Les quelques expériences faites par Filehne et d'autres, sur des sujets en état d'apyrexie, démontrent que l'antipyrine détermine dans les circonstances physiologiques une légère élévation de la température corporelle. Toutefois, M. Argoutinski prétend que l'antipyrine, à doses moyennes et fortes, fait baisser de 1° à 1° 1/2, la température vespérale des enfants non fébricitants. Cet abaissement de température atteint son maximum à l'heure où la température corporelle descend spontanément à son niveau le plus bas.

Les choses se passent tout autrement chez les fiévreux. Dans un grand nombre de maladies fébriles, l'antipyrine s'est révélée comme un antipyrétique d'une puissance incomparable. Voici comment les choses se passent en général : déjà une heure après l'administration de la première

prise, la température interne a baissé d'un demi-degré. Quand on poursuit l'administration du médicament, suivant les règles formulées plus haut, l'abaissement de température s'accentue. Il atteint son maximum de trois à cinq heures après l'ingestion de la première prise. Il est alors de 2 à 3 degrés centigrades et plus.

L'effet antipyrétique se fait sentir en moyenne pendant sept à neuf heures, sa durée peut atteindre jusqu'à dix-sept et vingt heures; c'est-à-dire que la température met quelquefois ce temps à remonter à son niveau primitif. M. F. May a déduit de ses observations les chiffres suivants, qui nous renseignent d'une autre manière sur la durée *moyenne* de l'action antipyrétique de l'antipyrine :

Pour une dose quot. de	1 gr.,	la temp. fébrile est restée au-dessous de	39°	pendant	9.66	h.
—	»	—	—	38°	—	8.16 —
—	2	—	—	39°	—	10.33 —
—	»	—	—	38°	—	5.4 —
—	3	—	—	39°	—	14.18 —
—	»	—	—	38°	—	7 » —
—	6	—	—	39°	—	16.6 —
—	»	—	—	38°	—	4.2 —

Au dire de la plupart des auteurs, la défervescence ne s'accompagne que de sueurs modérées. Cependant le contraire a été observé, par von Noorden entre autres, qui indique comme un moyen de prévenir les sueurs profuses, l'association de l'antipyrine à une certaine quantité d'agaricine. Il conseille de faire prendre, de préférence dix à quinze minutes avant l'administration de l'antipyrine, deux pilules d'agaricine de la valeur de 0gr,005 chacune. M. von Hoffer préconise dans le même but, l'association de l'antipyrine et de l'atropine.

Quand la température se met à remonter, le malade n'est pas incommodé par des frissons; à peine si dans l'une ou l'autre des observations publiées, il est dit que le malade éprouva de légers frissonnements. C'est un détail que Filehne et ses continuateurs ont fait ressortir. Il a été invoqué comme une preuve de la supériorité de l'antipyrine sur la kairine. Cette dernière substance, qui a été également introduite en thérapeutique sous le patronage de Filehne, jouit d'une action antipyrétique très puissante, mais dont l'utilisation se heurte à certains inconvénients du médicament, et parmi ceux-ci figurent en première ligne les violents frissons qui se produisent après la phase de défervescence.

Les maladies fébriles, dans le cours desquelles on a pu constater jusqu'ici l'action antipyrétique de l'antipyrine, sont les suivantes : la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la phtisie pulmonaire, la pleurésie, la péricardite, la scarlatine, la méningite, le rhumatisme articulaire, l'amygdalite, la fièvre puerpérale, certaines affections chirurgicales. C'est surtout dans les cas de fièvre typhoïde et de pneumonie, que l'emploi de l'antipyrine est signalé comme ayant donné de bons résultats. M. Cahn incline à croire que, dans les cas de pneumonie, l'antipyrine n'agit pas uniquement comme fébrifuge, mais que cette substance exerce une influence directe sur le processus pulmonaire. Cependant, quand on parcourt les observations publiées par les différents auteurs qui ont vanté l'antipyrine, on est bien obligé de reconnaître que ni dans les cas de fièvre typhoïde, ni dans les cas de pneumonie, l'administration de l'anti-

pyrine n'a exercé d'influence sur la mortalité. M. Bielschowski reproche à l'antipyrine de jeter les typhiques dans le collapsus. Chez un malade atteint de la fièvre typhoïde et traité par l'antipyrine, il fallut suspendre l'administration du médicament, à cause de la violence des frissons dont fut pris le malade. Chez un jeune homme entré à l'hôpital pour une hémoptysie, les crachements de sang étaient arrêtés depuis six jours, lorsqu'on fit prendre de l'antyripine au malade pour couper une forte fièvre dont il fut attaqué le soir. Dans la nuit, vers trois heures, au moment où les sueurs se supprimaient, le malade fut repris d'une violente hémoptysie. Ces épisodes fâcheux ont été, jusqu'ici, tout à fait exceptionnels.

D'après M. Huchard, l'antipyrine a une action puissante et certaine contre les manifestations fébriles de la phtisie pulmonaire, si rebelles aux agents médicamenteux en usage. M. Ampugnani a vu la fièvre céder pendant un et même deux jours entiers, chez des phtisiques soumis à à l'administration persévérante de l'antipyrine. M. Niepce vante également les bons résultats qu'il a obtenus avec l'antipyrine dans le traitement de la fièvre tuberculeuse.

M. Jahn n'a eu qu'à se féliciter de l'emploi de l'antipyrine chez une femme affectée d'une pelvi-péritonite puerpérale. En l'espace de deux heures et demie, la température fébrile s'abaissa de 41°,9 à 38°,5 ; la fréquence du pouls se maintint entre 112 et 110. Le délire et l'hébétude se dissipèrent; mais l'antipyrine resta sans action sur le météorisime dont souffrait cette femme et qui, à un moment donné, augmenta au point de mettre la vie de la malade en péril.

M. von Hoffer ayant à traiter une femme atteinte de pyémie chronique consécutive à une paramétrite suppurée, lui fit prendre de l'antipyrine pendant deux mois, avec des interruptions de quelques jours. L'action antipyrétique du nouveau médicament ne s'est pas démentie, entre autre au moment d'un érysipèle intercurrent.

Par contre, M. Falkenheim a inutilement employé l'antipyrine dans le but de prévenir et de couper des accès de fièvre intermittente palustre. Il a fait prendre à un de ses malades jusqu'à 25 grammes d'antipyrine dans les vingt-quatre heures qui précédèrent un accès. Celui-ci se produisit avec la même intensité qu'auparavant.

D'après Bielschowski, dans les cas de fièvre récurrente, de typhus exanthématique, de rougeole, la fièvre n'est que faiblement influencée par l'administration de l'antipyrine.

Demme a constaté de bons résultats de son emploi, dans deux cas d'érysipèle chez des enfants.

Pouls, cœur, pression intra-vasculaire. — Dans la plupart des travaux dont nous avons donné l'indication ci-dessus, il est dit que l'antipyrine ralentit le pouls en même temps qu'elle abaisse la température fébrile. Toutefois, plusieurs auteurs, Penzold et Sartorius, Jahn, insistent sur ce qu'il y a souvent discordance entre l'action du médicament sur la température fébrile et son action sur le pouls : celui-ci se maintient sensiblement à sa fréquence première, tandis que la température se rapproche du niveau physiologique.

Le cœur ne paraît pas être influencé par l'antipyrine, sauf que dans la plupart des cas, les contractions du muscle cardiaque se ralentissent.

D'après M. Maragliano, la pression intra-artérielle reste sans change-

ment ou subit une légère élévation. Les tracés publiés par M. von Hoffer montrent qu'à mesure que la température fébrile s'abaisse sous l'influence de l'antipyrine, le tonus artériel augmente et le dicrotisme tend à s'effacer. Chez les sujets sans fièvre, l'administration de l'antipyrine produit une très légère dilatation des vaisseaux cutanés. Cette dilatation est beaucoup plus marquée chez les fiévreux.

Respiration. — L'antipyrine ne paraît pas exercer une influence directe sur la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires.

Reins, urines. — L'antipyrine s'élimine par les urines, où on le retrouve déjà trois heures après l'administration du médicament (Maragliano). Cette élimination atteint son apogée au bout de vingt-quatre heures ; elle ne dure guère au delà de trente-six heures.

On n'a jamais vu de l'albumine apparaître dans les urines des malades sous l'influence de l'administration de l'antipyrine, preuve qu'en traversant les reins, le médicament n'irrite pas le parenchyme de ces glandes.

Effets secondaires, vomissements. — Nous avons dit que l'antipyrine quand elle est administrée *per os*, détermine quelquefois des vomissements sans gravité. Bielschowski a noté ces vomissements dans le quart des cas où l'antipyrine fut administrée par les voies supérieures. Cet épiphénomène est sûrement évité, quand on administre l'antipyrine en lavement ou en injections hypodermiques.

Bourdonnements d'oreille. — Dans le travail de von Hoffer, il est dit que chez un malade (cas de pyémie chronique mentionné plus haut), l'administration de l'antipyrine fut suivie de bourdonnements d'oreille assez intenses pour nécessiter la suppression momentanée du médicament. M. Niepce a observé le même phénomène chez plusieurs tuberculeux traités par l'antipyrine. Les autres auteurs ne disent mot des bourdonnements d'oreille, à propos des effets secondaires de l'antipyrine.

Érythème consécutif à l'administration de l'antipyrine. — Cahn, Alexander, Ernst, Geier, ont observé un certain nombre de cas où l'administration de l'antipyrine a été suivie de l'apparition d'un érythème sans signification fâcheuse. Cet érythème se présentait sous forme de taches arrondies, de 0,5 à 2 millimètres de diamètre, papuleuses, d'une teinte rappelant la couleur du cinabre, pâlissant sous la pression du doigt. Ces taches confluaient aux coudes et aux genoux, pour former des plaques de dimensions assez considérables. En thèse générale, l'éruption était plus confluente du côté des extenseurs que des fléchisseurs, aux membres. Elle était plus confluente au dos qu'à la poitrine et au ventre, elle respectait la tête, la paume des mains et la plante des pieds. M. Cahn a pu se convaincre qu'au siège de l'érythème il existe une élévation locale de la température. Quelquefois l'éruption s'accompagnait d'une sensation mordicante. Elle est essentiellement fugace, disparaissant du jour au lendemain. M. Cahn, chez un de ses malades, en a provoqué le retour à volonté, en remettant le malade à l'usage de l'antipyrine.

LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE

Par Ch. NÉLATON.

Consulter, dans la *Revue*, les articles suivants :

Du Cazal et Zuber (*Revue générale*), *XVII*, 302; 700; — Faisans; *De la tuberculose* (*Revue générale*) *XVIII*; 348; 744; — Zuber; *Le microbe de la tuberculose* (*Revue générale*); *XXII*, 344; — Pagenstecher; Pfeiffer; *XXII*; 632; — Damsch, Falchi; Weigert; Baumgarten, *XXIII*; 545; etc.; — *Articles sur la tuberculose et le bacille tuberculeux*; *XXIII*; 532; 547, 557, 563.

Consulter, en outre, les travaux suivants :

Rapports anatomiques et cliniques de la scrofulose avec la tuberculose; par H. Martin (*Revue de médecine*; *octobre* 1884). — Des rapports de l'inflammation avec le tubercule, par Hiener (*Union médicale*, 1883). — De l'ostéopériostite chronique ou carie des os, par Hiener et Poulet (*Arch. de physiol.*; *février* 1883); — Des portes d'entrée de la tuberculose; par Verchère (*Thèse Paris*, 1884). — Étude sur les caractères et la nature de l'arthrite dite fongueuse. Tuberculose osseuse; par Lannelongue (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *p.* 491, 1882). — De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire; par Quinquaud (*Thèse d'agrégat.*, 1883).— Clinique et critique chirurgicales, 1884. Article. Synovites fongueuses, par Reclus. — Des synovites fongueuses; par Chandelux (*Thèse d'agrégat.*; 1883).— Sur la nature des arthrites externes dites scrofuleuses, par Colas (*Thèse de Lille*; 1881): — Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, par Castro Soffia (*Thèse Paris*, 1884). — Sur le microorganisme de la tuberculose zoogloique, par Malassez et Vignal (*Arch. de physiol.*; *p.* 81; 1884). — Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Gelenkaffectionen; par Müller (*Centralblatt f. Chir.*; n° 3, 1884): — Action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs; par Verneuil (*Bullet. de la Soc. de Chir.*; 1883): — *Association française pour l'avanc. des sc.*, *Rouen* 1883: *Semaine médicale*; 1883. — Trélat *Bullet. de la Soc. de chir.*; 1883). — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose; par Goubray (*Thèse Paris*, 1884): — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe; par Petitot (*Thèse Paris*, 1884). — Note sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses; par Bouilly (*Rev. de chir.*; *p.* 885; 1883): — De la tuberculose chirurgicale, par Charvot (*Rev. de chir.*, 1884). — De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne, par Ollier (*Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sc.*, *t. LXXXXIV* 1884). — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses, par Gangolphe (*Rev. de chir.*, *p.* 340, 1884). — Contribution a la résection pathologique du poignet, par Nepveu (*Rev. de chir.*, 1883). — Sur

LA RÉSECTION TIBIOTARSIENNE DE CAUSE PATHOLOGIQUE, par Poinsot (*Rev. de chir.*, 1881). — LE TUBERCULE DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par Charles Nélaton (*Th. Agrégat.*, 1883). — ÉTUDE SUR LA TUBERCULOSE OCULAIRE, par Rémy (*Thèse de Paris*, 1883).

I. — La plupart des affections autrefois considérées comme appartenant à la scrofule, sont aujourd'hui rangées parmi les manifestations de la tuberculose. Ce sont les dernières découvertes de l'histologie et de l'expérimentation qui ont entraîné ce changement de marque, si je puis ainsi dire, de ces divers états pathologiques. Les connaissances nouvellement acquises permettent de reconnaître le tubercule là où il n'était pas soupçonné autrefois et d'affirmer sa présence là où il était contesté.

Laissant de côté dans cet article tout ce qui a trait à l'examen histologique du follicule tuberculeux, à son développement, à sa marche, nous rappellerons simplement que l'étude du follicule et de son évolution a permis de rapprocher de la granulation grise les dépôts caséeux pendant si longtemps caractéristiques de la scrofule en nous montrant que ces deux variétés de produits pathologiques sont construites sur le même type et se composent des mêmes éléments.

L'identité de nature de ces deux aspects différents d'un même genre de lésions a ainsi été démontrée et la scrofule a dû céder à la tuberculose une large part de son territoire.

Toutefois ce n'est pas à l'étude anatomo-pathologique seule qu'est due la réalisation définitive de ce progrès. On se rappelle les expériences de M. Martin produisant des figures histologiques identiques aux follicules tuberculeux à leurs différents stades par l'injection dans les tissus de substances plus ou moins irritantes; expériences qui démontraient d'une part l'insuffisance du follicule comme élément de diagnostic anatomique et faisaient prévoir d'autre part que l'agent infectieux de la tuberculose agissait à la manière d'un corps étranger développant autour de lui une zone de réaction inflammatoire.

Koch ayant mis en évidence le bacille de la tuberculose, la prévision de M. Martin se trouva confirmée et le follicule tuberculeux expliqué devint l'*édification* inflammatoire nodulaire provoquée par un bacille. Dès lors, on aurait pu penser que l'on possédait enfin un critérium anatomique de la tuberculose. Mais cet espoir devait être déçu, car ce critérium n'existe pas. Si, dans le plus grand nombre des cas, on reconnaît par l'examen histologique des lésions tuberculeuses, la présence du bacille, il en est d'autres où ce microbe ne peut être trouvé soit que très rare il échappe à l'observation la plus consciencieuse, soit que réellement il fasse défaut. MM. Karl Suchardt et Fedor Krause avaient déjà insisté sur la nécessité de faire un grand nombre de préparations lorsqu'on chercherait à reconnaître la présence du bacille dans des productions supposées tuberculeuses et ils avaient déclaré que le nombre de ces microbes était parfois fort petit. Müller, se livrant aux mêmes recherches, a examiné à la clinique de Göttinguen, 30 à 36 arthrites fongueuses, et dans un certain nombre *de cas types*, il n'a pu arriver à découvrir un seul bacille. M. Babès explorant aussi des lésions nettement tuberculeuses n'a pu reconnaître dans quelques cas l'agent spécifique.

D'autre part MM. Malassez et Vignal ont étudié et décrit une autre

variété ou aspect du microbe tuberculeux qui dans les cas auxquels je fais allusion se présente sous forme de masses zoogloéiques. Ces masses zoogloéiques appartiennent bien à la tuberculose, car non seulement elles donnent naissance à la même réaction nodulaire des tissus, mais encore, elles peuvent être inoculées et reproduisent la tuberculose à bacilles.

Ces masses zoogloéiques correspondent-elles à des phases moins avancées de la maladie, à un âge plus jeune du microbe? C'est là une question qui n'est point résolue à l'heure actuelle, mais les faits observés et constatés permettent de dire avec MM. Malassez et Vignal: « A côté de la tuberculose à bacilles découvertes par Koch, il en existe au moins une autre qui ne contient jamais de bacilles, mais qui est caractérisée par la présence de microcoques réunis en masses zoogloéiques plus ou moins volumineuses. »

Or, ces masses zoogloéiques parfois difficilement colorables peuvent passer inaperçues, et aujourd'hui encore, comme à l'époque, où l'on étudiait le follicule dans l'espoir de donner une caractéristique anatomique à la tuberculose, on pourrait dire qu'il est des cas où le critérium anatomique n'existe pas et que l'expérimentation seule permet constamment d'établir la nature tuberculeuse d'un produit donné.

Par contre, l'expérimentation créée par Villemin est maintenant régularisée et donne des résultats certains. Faites en série, comme le conseille M. Martin, les inoculations permettent de différencier facilement les altérations voisines de la tuberculose des produits de cette maladie, car ces derniers seuls donnent la généralisation et seuls peuvent être réinoculés à des séries d'animaux. C'est donc l'expérimentation en première ligne et la recherche du bacille à sa suite, qui, dans ces dernières années ont été la base de toutes les études, et c'est grâce aux résultats fournis par ces deux modes d'investigation qu'on est arrivé à soustraire à la scrofule la série de ces manifestations rangées par Bazin dans les différentes classes de scrofulides. Dans un récent travail, M. Hippolyte Martin, étudiant les rapports de la scrofule avec la tuberculose, arrive à cette conclusion : que seules les manifestations scrofuleuses qui constituent la première classe de scrofulides de Bazin pourraient être laissées à cette diathèse. Or il s'agit de ces érythèmes, de ces eczémas impétigineux considérés comme les premiers signes de la scrofule et que M. Martin ne serait pas éloigné de regarder comme des manifestations arthritiques.

Mais cette première classe de scrofulides légères laissée de côté, toutes les autres, et parmi elles, celles qui rentrent directement dans le domaine chirurgical, doivent, à l'heure actuelle, être mises au nombre des affections tuberculeuses. Si, en effet, nous passons en revue les différentes maladies autrefois réputées scrofuleuses : les abcès froids, les tumeurs blanches, les caries, les adénopathies ganglionnaires, les synovites fongueuses, les inflammations réputées scrofuleuses des glandes (mamelle, testicule), les ulcérations scrofuleuses des diverses muqueuses nous voyons que dans tous ces cas, l'expérimentation donne des résultats concluants et affirme la tuberculose.

II. — La connaissance de la nature virulente de tous ces états autrefois réputés diathésiques, la découverte de l'agent d'infection devaient conduire à rechercher quel était le lieu d'origine de cet agent, s'il se développait

dans *notre organisme ou en dehors de lui*, et dans ce dernier cas, *quel était son mode de pénétration* des tissus, quelles étaient les conditions *favorisant son développement?*

Dans un important article sur l'étiologie de la tuberculose, Koch aborde la question d'origine. Pour lui, le micro-organisme de la tuberculose est répandu dans l'atmosphère qui nous enveloppe sous forme de spores; ces spores, alors seulement qu'elles ont pénétré dans notre économie peuvent se transformer en bactéries, car c'est dans le sérum du sang seulement et à une température de 30° d'après Schiller que la bactérie se développe. Les spores sont spécifiques et, contrairement à l'opinion de Naegeli et de Büchner, une bactérie quelconque ne peut, subissant une transformation complète dans un organisme animal prédisposé, prendre l'évolution et les caractères du bacille tuberculeux.

Les modes de pénétration dans les tissus sont multiples et démontrés par une foule d'expériences. Dans une thèse récente, Verchère (*Des portes d'entrée de la tuberculose*) étudie ces différentes voies de pénétration; il nous montre que l'infection tuberculeuse peut se faire par le tégument externe, l'inoculation expérimentale ne laisse aucun doute à cet égard. Verchère rappelle de plus les quelques cas d'inoculations accidentelles qui semblent plaider la même cause (la piqûre de Laennec, les expériences hasardées de Desmet, Paraskowa, et Zabloni qui inoculèrent à un moribond des produits tuberculeux et virent une généralisation se produire, le cas rapporté par M. Verneuil qui, à la suite d'une piqûre anatomique au doigt, voit se développer localement des accidents tuberculeux, et, quelques années plus tard, tous les signes d'une méningite rachidienne produite par des abcès ossifluents. A ces cas, Verchère ajoute l'observation d'une inoculation analogue à celle signalée par M. Verneuil et qu'il a observée lui-même. De l'inoculation artificielle ou expérimentale nous pouvons rapprocher d'autres faits d'infection consécutifs à une affection tuberculeuse circonscrite, quel qu'en soit le siège, le nodule mère émettant des colonies bacillaires qui vont se fixer et faire une série de foyers secondaires plus ou moins loin de leur point de départ. Une opération quelque légère qu'elle soit, une contusion, un traumatisme quelconque, peuvent favoriser cette généralisation en ouvrant aux micro-organismes jusque-là cantonnés, une voie de diffusion. Ces derniers pénètrent alors dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques ouverts par le trauma et de là sont charriés par toute l'économie. M. Verneuil, au Congrès de Rouen (1883), a particulièrement insisté sur ces faits qui lui ont servi à édifier la théorie de *l'auto-inoculation*.

L'infection peut aussi se produire par inhalation, c'est même là la porte d'entrée la plus commune; cela explique la si grande fréquence de la phtisie pulmonaire. Tappeiner, par ses expériences; Bertheau, M. Giboux, Frerichs et Weischselbaum, par leurs observations, ont mis ce mode de contage en évidence. Le rôle prédisposant à la tuberculose des affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires est dès lors facile à comprendre; elles provoquent la desquamation épithéliale des différents segments de la muqueuse bronchique et facilitent ainsi la pénétration de l'agent d'infection. Perroud, de Lyon, décrivit même, en 1874, une nouvelle espèce de phtisie professionnelle par l'usage de *l'harpi*, longue perche qui vient prendre point d'appui sur la région sous-clavicu-

laire et avec laquelle les mariniers poussent leurs bateaux. La région, constamment contuse, serait le siège, *même profondément*, d'une inflammation chronique, prédisposante. A vrai dire, cette explication de la phtisie fréquente chez les mariniers de Lyon, peut laisser quelques doutes dans l'esprit. Mais il n'en est pas de même de l'action irritante des matières pulvérulentes, et la phtisie professionnelle des hommes qui par métier vivent au milieu de nuages de poussières inertes s'explique bien par l'irritation et la desquamation bronchique occasionnées par le contact des particules inspirées.

L'inoculation par ingestion n'est pas douteuse non plus depuis les expériences de Chauveau ; et là encore, toutes les conditions d'irritation intestinale deviennent cause adjuvante de l'inoculation. Il en est de même, d'après Verchère, pour l'absorption par les voies génitales. M. Fernet soutient également cette opinion.

Dans toutes ces circonstances, que la pénétration du microbe tuberculeux se soit faite au niveau du tégument externe ou par un des conduits muqueux qui lui sont accessibles, le microbe peut se fixer et pulluler sur place au point d'inoculation, au point où il a pénétré dans l'organisme, ou au contraire, parcourir un trajet plus ou moins long avant de s'établir en une région et de s'y multiplier D'autrefois encore, il donnera naissance à un foyer d'inoculation à son point d'entrée, foyer qui sera à son tour l'origine d'une foule de colonies microbiennes allant plus ou moins loin fournir des localisations secondaires.

Le mode de propagation des colonies bacillaires et leur voie de dispersion est vraisemblablement multiple. Depuis longtemps, on sait que la voie lymphatique est un chemin qui leur est familier, et la thèse d'Hervouet met ce fait en lumière par nombre decas. M. H. Martin pense même que bien souvent il existe de petits foyers caséeux pulmonaires chez le tout jeune enfant, petits foyers qui ne donnent lieu à aucune manifestation morbide thoracique, mais dont la présence s'accuse, tout d'abord, par l'apparition de ganglions dits strumeux, d'écrouelles dans la région cervicale. Voici comment : les petits centres bacillaires, bien circonscrits et limités dans le poumon, n'ont aucune tendance à l'extension locale, mais ils donnent naissance à des colonies bacillaires qui cheminent dans les lymphatiques, arrivent aux ganglions sous-maxillaires, y sont le siège d'une multiplication plus ou moins rapide et provoquent la fonte caséeuse de ces organes.

Pour expliquer d'autres faits, il faut admettre que les vaisseaux sanguins et le sang peuvent charrier le microbe ; ce sont surtout les cas, rares à la vérité de tuberculose héréditaire constatés chez l'enfant à la naissance, ou dans les premières semaines qui la suivent, qui militent en faveur de cette opinion. Quelquefois même, le fœtus, à sa naisance, peut ne présenter aucune lésion tuberculeuse appréciable et n'en pas moins être en puissance de tuberculose ; il possède une tuberculose latente que l'expérimentation révèle.

MM. Landouzy et H. Martin prennent des parcelles du poumon d'un fœtus né de mère tuberculeuse ; ils inoculent ces fragments d'apparence parfaitement sains et ne présentant aucune trace de granulation tuberculeuse, et ils obtiennent des inoculations en série. Pour multiplier les observations, ils reproduisent les mêmes expériences avec des

parcelles de poumons et de placenta de mères cobayes rendues tuberculeuses. Ils observent encore les mêmes séries de généralisations. Les conclusions de leur travail sont celles-ci : Puisque par des inoculations de sang cardiaque, par des inoculations d'un cube de tissu pulmonaire ou hépatique sain, on rend tuberculeux les animaux mis en expérience, il faut admettre que ces particules organiques, que ce sang, contiennent la graine tuberculeuse. Cette graine tuberculeuse pourra lever ou rester stérile, suivant peut-être sa plus ou moins grande abondance, suivant la résistance variable du terrain où elle est répandue. « Elle germera le plus souvent toutefois, car le fœtus né de mère tuberculeuse hérite en général en même temps de la graine tuberculisante et de la constitution du terrain tuberculisable. »

Ces travaux qui ont trait au mode de pénétration et de diffusion de l'agent infectieux prennent un grand intérêt, au point de vue chirurgical, lorsqu'on les rapproche des expériences de Schüller.

Schuller inocule la graine tuberculeuse à des animaux ; l'ingestion, l'inhalation, l'inoculation directe par le tégument externe, sont tour à tour les portes d'entrées de l'agent infectieux. Puis il contusionne une région, une jointure par exemple, et voit peu de temps après un foyer tuberculeux se développer au point lésé. Ne peut-on admettre dans ce cas, que le microbe infectieux charrié par le sang dans tous les points de l'économie se fixe et se développe à un moment donné dans le point rendu favorable à son évolution, au lieu où une altération traumatique vient de se produire, au *locus minoris resistentiæ*. Ne peut-on penser que les choses se passent de même chez un sujet tuberculeux qui accuse une chute, un traumatisme comme point de départ d'une arthrite tuberculeuse par exemple.

Pour que les microbes cheminent dans le courant lymphatique ou sanguin, il faut qu'ils y aient tout d'abord pénétré ; le traumatisme peut leur ouvrir une voie, mais, à son défaut, Koch suppose que pour y arriver le bacille a comme vecteur la cellule migratrice. « Si l'on admet la migration du bacille, moyennant les cellules migratrices, on s'expliquera facilement son transport dans l'organisme dans la plupart des cas En effet, lorsque la cellule doit se mouvoir par sa propre force dans les tissus, elle s'arrêtera promptement et le foyer secondaire ne sera pas éloigné du premier ; lorsque au contraire elle pénetrera dans le courant lymphatique, le courant de ce liquide la transportera au loin... Weigert a démontré que souvent cette cellule arrive dans le sang par effraction des parois veineuses, quelquefois en traversant une paroi artérielle. »

Des conditions générales de l'organisme constituant *la prédisposition* favorisent le développement, l'évolution de l'agent infectieux inoculé. Ces conditions générales se traduisent par un ensemble de manifestations cliniques, « conjonctivites tenaces et à répétition, érosions faciles des narines, manifestations paroxystiques du côté de la peau et des muqueuses, éruptions exanthématiques éphémères, etc., et tous ces mille indices par lesquels la scrofule se reconnaît si bien que nul ne s'y trompe ». (Landouzy.)

De par l'expérimentation, la scrofule n'est plus aujourd'hui en effet qu'une diathèse prédisposante à l'évolution de la tuberculose et qui s'affirme par les différents accidents plus ou moins légers et persistants que je viens de signaler. « C'est par toutes ces manifestations cutanées ou muqueuses

que le scrofuleux témoigne des vices de sa constitution. C'est au travers de ces manifestations que la maladie évolue et guérit, à moins pourtant qu'il ne devienne plus scrofuleux et que, à la faveur de son organisme vicié par bradytrophie, il ne devienne la proie de la tuberculose. »

Il semble même que la doctrine actuelle ne laisse pas subsister l'opinion de M. Grancher. Cet auteur, examinant les premiers stades du follicule et observant des associations cellulaires plus ou moins informes, ou même une simple infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu sous-dermique, avait remarqué que ces états anatomo-pathologiques pouvaient ne pas évoluer, rester à leurs premières phases, ou retrograder. Comme il avait vu dans d'autres circonstances ces mêmes lésions prendre leur complet développement et arriver à la granulation grise ou à l'inflammation caséeuse, il admettait que ces altérations initiales n'appartiennent pas encore à la tuberculose, bien qu'elle puissent y conduire, et les regardait comme dépendant encore de la scrofule. C'est pour cette raison qu'il appelait scrofulome ces formations embryonnaires qu'il considérait comme le sous-sol de la tuberculose.

Je ne sache point que des inoculations aient été faites avec des produits pouvant être absolument rapportés au scrofulome; mais puisque le follicule n'est autre chose que la réaction inflammatoire provoquée par un agent parasitaire, n'est-il pas évident que quelque soit le degré de l'édification nodulaire, elle n'en sera pas moins et toujours de même ordre. La scrofule n'est donc plus que l'expression clinique d'une diathèse admise par presque tous, mais à laquelle aucune caractéristique anatomique n'est attribuable.

A côté de ces causes prédisposantes générales, il est bon de faire remarquer qu'il est aussi un certain nombre de causes locales qui facilitent l'extension de la maladie, son évolution sur place. Signalons seulement son siège de prédilection dans les régions richement vasculaires et son développement rapide, spécialement dans les tissus conjonctifs. Mais le rôle le plus important dans la rapidité du développement local du tubercule paraît être réservé à l'inflammation aiguë ou chronique des tissus au milieu desquels il s'infiltre. M. Kiener a insisté sur ce fait, et ce sont ses observations sur les différentes formes de la tuberculose osseuse qui l'ont amené à dire : « Lorsque le tubercule se développe primitivement dans un tissu sain, l'agent spécifique amené dans le réseau vasculaire d'un territoire circonscrit se cantonne dans des foyers indépendants les uns des autres où sa pullulation provoque la tuméfaction de l'épithélium vasculaire. Il se forme ainsi un follicule, une sorte de kyste bien délimité du tissu environnant. Lorsque, au contraire, la semence tuberculeuse arrive dans un terrain préparé par l'inflammation, ramolli et succulent, la bactérie traverse aisément les parois des capillaires, se répand comme un levain dans toute la masse de la néoplasie inflammatoire, faisant naître de toutes parts des cellules géantes et des follicules de vie éphémère, qui se ramollissent et s'ulcèrent. »

III.— La conception nouvelle qui fait de la tuberculose une maladie microbienne, les faits expérimentaux qui démontrent le pouvoir infectieux de ces petits foyers circonscrits, autrefois rattachés à la scrofule, devaient singulièrement modifier les opinions admises en ce qui concerne le traitement des maladies qui nous occupent et semblait devoir provoquer une

véritable révolution dans leur thérapeutique. Un foyer tuberculeux n'est plus en effet seulement une lésion locale, il est devenu un danger pour l'économie tout entière. Et cela mène à la conclusion suivante : dès qu'une lésion tuberculeuse est reconnue, il faut la détruire ou l'enlever le plus rapidement possible.

Toutefois, cette règle thérapeutique, semblable à celle qui est adoptée pour les affections cancéreuses, guidée qu'elle est par les mêmes vues doctrinales, n'a pas prévalu. S'il est vrai qu'une manifestation tuberculeuse actuellement localisée puisse infecter l'économie à un moment donné et se généraliser, cette évolution est loin d'être *fatale*, et nombreux sont les cas où la maladie, suivant au contraire une marche inverse, reste non seulement circonscrite, mais encore subit une série de modifications heureuses qui la mènent graduellement à la guérison. Tandis que la doctrine déclarant incontestablement la tuberculose maladie infectieuse conseille l'intervention chirurgicale immédiate et l'exérèse des foyers d'infection quels qu'ils soient, l'observation montre l'exagération qu'il y aurait à adopter cette pratique comme une règle inflexible.

Les indications dans le traitement des affections tuberculeuses doivent en effet tenir compte de deux facteurs : 1° La gravité de la lésion locale; 2° le danger *possible*, *nullement fatal*, de l'infection de l'organisme tout entier par une lésion circonscrite.

Or, l'éventualité de la généralisation tuberculeuse laisse, dans la majorité des cas, l'intervention subordonnée aux indications locales, ainsi que cela ressort des exemples suivants.

Plusieurs catégories de cas peuvent se rencontrer; nous en examinerons trois où les indications sont nettement distinctes.

1° Un malade présente une lésion tuberculeuse avancée; je suppose une arthrite tibio-tarsienne avec carie, destruction étendue des os du tarse, trajets fistuleux multiples, atrophie des muscles, suppuration abondante, etc., etc.; ou bien il s'agit d'un testicule tuberculeux complètement détruit par fonte caséeuse. Ici, il n'y a point de difficulté à établir quelle sera la conduite à tenir ; la gravité de la lésion locale, aussi bien que la crainte de l'infection de l'économie tout entière par le foyer morbide commandent l'intervention rapide. La localisation tuberculeuse pourrait d'ailleurs être moins étendue, moins grave, mais l'indication n'en resterait pas moins la même, puisque je la suppose assez avancée pour qu'il soit évident que sa guérison ne peut être obtenue que par l'exérèse.

2° D'autres fois, la lésion ne présente pas du tout ce caractère de gravité locale que je viens de supposer, mais elle n'intéresse pas un organe dont la suppression entraîne une gêne ou une difformité. C'est, par exemple, un abcès froid sous-cutané, une carie d'un point du squelette indépendant de connexions articulaires, un ganglion superficiel. La lésion est facilement accessible et l'opération que son ablation nécessite n'est pas grave. Elle se trouve dès lors indiquée, car donnant à peu de frais la guérison locale, elle va mettre, pour l'avenir, le malade à l'abri d'une généralisation *possible*. Dans ces conditions, la crainte de l'infection générale intervient, mais elle ne fait que s'ajouter à l'indication locale, pour montrer la nécessité d'agir.

J'en arrive à une troisième catégorie de faits, ou les deux raisons déterminantes de l'intervention ne concordent plus et sont au contraire

en opposition. *Ce sont alors les indications locales qui dictent*, encore aujourd'hui, la conduite du chirurgien, et il ne me paraît pas sans intérêt d'établir ce fait.

Je veux parler de ces tuberculoses intéressant un organe qui remplit une fonction importante dans l'économie, l'œil, le testicule, une jointure par exemple. La lésion n'est plus avancée, destructive comme dans les premiers exemples que j'ai choisis, elle est à son début. Pour ces cas-là, l'expectation est la règle, même au péril d'une généralisation possible.

Pour l'œil, la question a été posée par M. Th. Anger en 1879 à la Société de chirurgie, et M. Poncet de Cluny l'a rééditée en 1882. Les conclusions ont été celles-ci : « Au début, quand les milieux de l'œil ne sont pas enflammés, quand la vision est conservée, ce qui est l'ordinaire, l'abstention est la règle. » M. Rémy, dans une thèse récente, reproduit ces conclusions.

Il en est de même pour les lésions tuberculeuses épididymaires au début. Bien que le testicule soit compromis par la néoplasie encore circonscrite, l'action de cette dernière n'est pas flagrante, et de semblables états pathologiques peuvent rester indéfiniment stationnaires, guérir, ou, s'ils aboutissent au ramollissement, ne donner lieu qu'à un trajet fistuleux qui se ferme au bout d'un temps plus ou moins long. Dès lors, il peut paraître fort dur de pratiquer la castration dans ces conditions, car, la crainte de la généralisation qui seule plaide en faveur de l'intervention, ne paraît pas tellement à redouter à la suite de la tuberculose testiculaire qu'elle ne laisse place à l'hésitation. Enfin, pour conseiller, dans le cas que je suppose, la castration, il faut être sûr que le testicule est seul atteint, sinon, à quoi bon supprimer une partie (la plus chère au malade), du foyer d'infection, quand on lui laisse une lésion largement suffisante pour se multiplier et se généraliser. Or, on sait combien la concomitance des lésions tuberculeuses épididymaires et prostatiques sont fréquentes ; et, si le toucher rectal permet facilement de reconnaître ces altérations prostatiques lorsqu'elles sont volumineuses, il ne saurait autoriser à affirmer qu'une lésion tuberculeuse prostatique au début n'existe point, bien qu'on ne la sente pas. Pour ces raisons, l'intervention dans la tuberculose testiculaire au début n'a pas paru justifiée à la plupart des auteurs.

A vrai dire, dans ces tuberculoses épididymaires, les partisans de l'intervention rapide sont logiques et ont beau jeu. Leur argumentation sera celle-ci : Une lésion tuberculeuse de l'épididyme, même lorsqu'elle guérit, laisse à sa suite un organe sans valeur ; pourquoi donc tant chercher à le conserver en s'exposant à un péril qui pour n'être pas fatal n'en est pas moins réel ?

A cela, il n'y a rien à répondre, car il faut reconnaître que la seule raison qui fasse agir en sens inverse est l'idée, bien sentimentale peut-être, de conserver un semblant de testicule, un testicule moral. C'est au moins ce que nous devons penser en constatant l'oblitération habituelle des voies épididymaires par les noyaux tuberculeux qui permettraient d'affirmer l'inutilité définitive du testicule correspondant, si l'affirmation n'était si difficile en pathologie.

En ce qui concerne les lésions articulaires au début, la question de l'intervention est peut-être plus délicate encore, car il ne s'agit plus ici

de sentiment. Une opération aura pour effet de réséquer, de retrancher une portion ou la totalité d'une jointure et entraînera par conséquent à sa suite une gêne fonctionnelle plus ou moins grande. Or, à côté de cela, l'observation démontre qu'un traitement moins radical peut quelquefois amener la guérison avec conservation de la jointure.

La résection entreprise dans de bonnes conditions a pour elle de guérir immédiatement le malade, de supprimer le foyer local, de soustraire par conséquent le patient aux dangers d'une amputation que pourra nécessiter plus tard l'extension de la lésion encore circonscrite. Elle supprime en même temps les chances d'une infection générale. Mais une semblable pratique pour être rationnelle doit être instituée dans tous les cas, dès le début de la maladie, et les guérisons d'arthrites fongueuses, à leur première période, traitées simplement par l'immobilisation et la compression ouatée sont trop nombreuses pour qu'on puisse d'emblée proposer à un malade une résection, sans avoir essayé sa cure par ces moyens conservateurs. A la vérité, ils restent inefficaces souvent et l'on pourra ultérieurement regretter une intervention précoce. Ces cas-là n'ont pourtant pas fait abandonner la pratique qui consiste à n'en venir aux opérations d'exérèse, que lorsqu'il est démontré au chirurgien que la guérison ne peut être obtenue par un moyen plus simple. L'opinion de MM. Verneuil, Ollier, Trélat, Bouilly et de bien d'autres vient à l'appui de cette manière de voir.

Dans les trois catégories d'exemples que nous avons choisies, il ne s'agit que de malades atteints de tuberculose externe, indemnes de toute manifestation viscérale, et la conduite du chirurgien se trouve dictée en résumé par l'état des lésion extérieures. Nous pouvons donc constater que la crainte de l'infection générale de l'organisme ne fait autre chose que *confirmer dans certains cas les indications fournies localement; elle est insuffisante à elle seule à imposer une intervention que la lésion externe ne ratifie point.* A plus forte raison, dans les cas de tuberculose externe évoluant chez un tuberculeux pulmonaire, les opérations ne seront pas entreprises dans le but de soustraire le malade aux chances d'une généralisation émanant du foyer extérieur, puisque le patient possède en lui-même bien d'autres sources de l'agent infectieux, et ce sera encore l'indication locale qui restera prépondérante.

La crainte de la généralisation est donc habituellement une cause déterminante secondaire qui ne prend une véritable valeur que pour ces localisations superficielles peu étendues, pendant bien longtemps abandonnées par tous à leur évolution naturelle, car il était d'observation commune que, bien souvent, elles arrivent spontanément à guérison par induration fibreuse.

Le courant d'opinion actuelle mène à opérer ces manifestations légères dès leur origine et le plus vite possible, et la raison invoquée est *très souvent* la possibilité d'une généralisation. Mais, il ne faut pas oublier que l'antisepsie, mettant à l'abri des accidents multiples qui autrefois retenaient toujours un chirurgien prudent, ne lui fait plus chercher une guérison spontanée qui peut manquer ou se faire longtemps attendre. La révolution bien réelle qui a été accomplie dans le traitement des différentes manifestations tuberculeuses qu'on opère aujourd'hui couramment, est donc due *un peu* à la doctrine nouvelle qui a fait considérer les lésions comme

des foyers d'infection, et *beaucoup* aux progrès réalisés dans le traitement des plaies par la méthode antiseptique au moyen de laquelle on aborde impunément le traitement de ces abcès froids, de ces caries, de ces adénopathies que les anciens chirurgiens osaient à peine toucher. J'insiste sur ce point, car je pense exprimer la vérité et exposer ici un fait qui ne ressort pas tout d'abord de la lecture des travaux qui ont trait à l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculose.

Il me semble que les règles suivies aujourd'hui pour le traitement des tuberculoses oculaires, épididymaires, articulaires au début, font bien comprendre que la crainte de la généralisation tuberculeuse n'est pas assez puissante pour imposer l'exérèse immédiate d'un foyer local, comme s'il s'agissait d'une lésion cancéreuse. Il s'ensuit qu'on n'opérerait pas plus souvent qu'autrefois les manifestations diverses telles que les gommes cutanées ou sous-cutanées, les adénopathies cervicales, les caries osseuses, si l'on avait encore les mêmes complications septiques à redouter. L'antisepsie les a supprimées, et c'est grâce à elle que les interventions se sont multipliées.

L'intervention chirurgicale entraîne cependant encore un danger, sur lequel M. Verneuil a récemment insisté. M. Verneuil, dans une importante communication faite en 1883 à la Société de chirurgie, a appelé l'attention du monde chirurgical sur la gravité des opérations pratiquées sur des sujets entachés d'une diathèse. Il montrait en particulier que les opérations faites pour des lésions tuberculeuses étaient quelquefois suivies de l'éclosion de tuberculoses aiguës rapidement mortelles, méningées ou pulmonaires; ces accidents s'observant aussi bien après de graves traumatismes qu'à la suite de blessures légères, accidentelles ou chirurgicales.

La discussion qui suivit la communication de M. Verneuil permettait de commettre une erreur et de mal interpréter sa pensée. On aurait peut-être pu croire que M. Verneuil considérait ces accidents post-opératoires comme habituels, et que s'appuyant sur la thèse de Ch. Leroux, qu'il avait inspirée, il repoussait la plupart des opérations chez les phtisiques. Cette manière de voir donnait place à la discussion, car il y a des faits relativement nombreux de guérisons locales suivies d'amélioration de l'état général des phtisiques, à la suite d'opérations supprimant un foyer de suppuration. Et c'est alors que M. Trélat, après avoir examiné le pour et le contre des opérations faites dans ces conditions, disait : « On opérera toutes les fois que la lésion viscérale ne dominera point la scène pathologique », donnant ainsi une formule qui peut être prise comme règle de l'intervention opératoire chez les phtisiques.

Mais la communication de M. Verneuil a une tout autre vue, ainsi que le démontre la fin de cette même discussion.

M. Verneuil considère un traumatisme quelconque chez un tuberculeux, quel que soit le degré des lésions qu'il présente, comme le point de départ possible, non fatal, d'une tuberculose généralisée; et, ne contestant d'ailleurs nullement toutes les indications opératoires admises, fait voir seulement la possibilité d'une complication provoquée par l'opération elle-même : la généralisation. Cela ressort nettement des quelques lignes qui suivent : «.... M. Trélat répondra qu'il a voulu seulement protester

contre une conséquence excessive de mes opinions qui conduirait à interdire toute opération chez les scrofuleux; mais, cette interdiction, où l'ai-je formulée? Au temps où la pyohémie était toujours menaçante, je ne proscrivais pas pour cela les opérations qui y prédisposent; l'érysipèle règne toujours, malgré la méthode antiseptique, il entraîne parfois encore la terminaison mortelle, et pourtant, j'opère quand il le faut, même sur le visage, son lieu d'élection. »

Ne peut-on résumer l'opinion de M. Verneuil comme je le faisais dans ma thèse d'agrégation et dire : Lorsqu'on pratiquera une opération chez un phtisique, on saura qu'outre les complications auxquelles est exposé tout opéré quel qu'il soit, le phtisique a en outre à redouter tout particulièrement une complication spéciale, la généralisation, dont l'éventualité ne doit pas plus nous lier les mains que la possibilité d'un érysipèle ou de l'infection purulente ne nous empêche d'intervenir chez d'autres sujets.

Il reste à savoir si cette complication est *fréquente* et dans *quelles conditions* elle peut être surtout redoutée. Dans sa communication à la Société de chirurgie, M. Verneuil rapportant une série d'observations qu'il avait relevées de côté et d'autre, déclarait qu'il ne doutait point que les faits analogues ne fussent nombreux et ne se produisissent en grande quantité lorsque l'attention serait attirée sur ce point. Prenant une statistique allemande de Wœlkers, il nous dit : « 119 opérations sont rapportées avec 30 décès. Parmi ces derniers, j'en trouve 7, dans lesquels la tuberculose aiguë a certainement amené la mort. » Cette statistique donne une mortalité de 6 0/0. M. Verneuil reproduit ensuite celle de Neumeister qui donne 31 morts à la charge de la tuberculose sur 122 cas; sur ces 31 morts, on compte 10 cas de tuberculose aiguë. Évidemment, il est impossible d'incriminer l'action opératoire seule dans les 31 cas de morts, et, il est plusieurs de ces faits où le malade a succombé aux progrès de l'affection générale que l'opération n'a pas réussi à améliorer, mais n'a pas aggravée.

Mais il reste toujours 10 cas de tuberculose aiguë, qui représentent encore une proportion assez considérable, 9 0/0, pour montrer que la généralisation est une complication relativement commune de l'intervention opératoire et non pas exceptionnelle.

Cependant, la plupart des travaux récents nous montrent cette complication à l'état d'exception. Pour décider en semblable matière, il faudrait pouvoir consulter de longues statistiques englobant une série considérable d'opérations faites aussi bien chez des tuberculeux phtisiques et chez des tuberculeux indemnes de tuberculose pulmonaire. Mais ces statistiques n'existent pas. A leur défaut, il a été publié dans ces dernières années plusieurs travaux ayant pour effet de rechercher quels sont les résultats de l'intervention dans les cas de tuberculose chirurgicale. Je citerai en première ligne les deux thèses de l'an passé faites par MM. Petitot et Coudray. Ces deux thèses ont une très grande valeur, car, représentant à peu de chose près, je crois, la statistique intégrale des opérations faites dans ces dernières années chez des tuberculeux par M. Trélat d'une part, par M. Bouilly de l'autre, elles nous montrent la rareté de la complication signalée par M. Verneuil.

M. Petitot nous donne 40 observations. De ces 40 observations, aucune ne mentionne d'accidents méningés ou pulmonaires aigus venant

rapidement après l'opération entraîner la mort du malade. Si nous y relevons 3 morts, il en est une attribuée à la néphrite interstitielle dont le malade était atteint longtemps avant tout acte opératoire; l'autre au progrès de la cachexie tuberculeuse. Le malade opéré au commencement de septembre mourut à la fin de décembre, mais sans présenter de véritables poussées aiguës. Enfin, dans le troisième cas, le patient succomba à une pleurésie; l'autopsie faite ne montra aucune granulation tuberculeuse pleurale ou pulmonaire.

A la vérité, dans ces 40 observations, il en est quatre où l'opération fut suivie d'éclosions tuberculeuses externes qui sont rattachées par l'auteur à l'inoculation du foyer opératoire, et on comprend que les complications générales eussent aussi bien pu se produire, mais elles ne se produisirent point.

Dans la thèse de M. Coudray, nous relevons de même 25 observations dans lesquelles l'intervention fut suivie d'amélioration ou de guérison, sans qu'aucune complication générale soit signalée.

Prenant dans la *Revue de Chirurgie* différents mémoires qui traitent de la résection des articulations fongueuses, nous avons parcouru les travaux de MM. Nepveu et Gangolphe, et voici ce que nous avons pu relever.

M. Nepveu rapporte 60 observations d'évidement ou de résection de la région du poignet. Dans la plupart des cas, il s'agissait de tumeur blanche ou de carie articulaire; 3 cas seulement relèvent de l'inflammation simple. Sur ces 57 cas, la généralisation post-opératoire a été observée deux fois : un opéré d'Esmarch succombe le 16e jour à une méningite tuberculeuse (Observ. II du mémoire de M. Nepveu). Un opéré de Bardenheuer meurt le 14e jour d'une pleurésie tuberculeuse (Observ. XXIV).

Dans le mémoire de M. Gangolphe, il y a 17 cas où l'intervention ne fut également suivie d'aucune complication.

Ces relevés nous donnent un chiffre de 139 observations, égal à peu près par conséquent à celui de la statistique de Neumeister. Nous ne trouvons dans ces 139 cas que 2 cas de mort provoquée par la généralisation post-opératoire. C'est une proportion d'environ 1.5 0/0, chiffre qui est peut-être au-dessous de la réalité, mais qui me semble s'en rapprocher davantage que la proportion de 6 0/0 et de 9,1 0/0 que donnent les statistiques de Neumeister et de Wœlkers citées par M. Verneuil.

Il est bien certain que l'on ne peut prendre une semblable proportion comme une donnée certaine. J'ai seulement cherché à montrer en citant les observations des deux thèses les plus récentes et les plus soignées sur ce sujet de « l'intervention chez les tuberculeux », et les deux derniers mémoires de la *Revue de chirurgie*, dans lesquels les observations sont relevées avec leurs résultats, que la généralisation tuberculeuse à la suite de l'acte opératoire paraît être la grande exception. Mais pour être exception, il n'en est pas moins vrai qu'elle est, et l'on s'est demandé s'il était des conditions particulières de l'opéré prédisposant à son apparition.

L'opéré peut-il présenter une seule manifestation tuberculeuse externe sans aucune lésion viscérale, et offrir la complication post-opératoire qui nous occupe?

Dans les faits rapportés par M. Verneuil à la Société de chirurgie, il n'y

en a aucun qui permette une réponse nette. Les observations relatent pour la plupart des lésions pulmonaires préexistantes, et dans les autres qui sont très résumées, la complication méningitique est seule mise en relief. Les exemples d'auto-inoculations dans lesquelles l'opération d'une localisation tuberculeuse unique est suivie de la production de foyers secondaires dans des régions plus ou moins éloignées (ainsi que les observations de M. Petitot en témoignent), autorisent évidemment à considérer comme possible la production de centres viscéraux secondaires méningés ou pulmonaires dans les mêmes conditions. Néanmoins, il est certain que la complication qui nous occupe se montre surtout chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire, et qu'elle consiste surtout en une aggravation rapide de leur état thoracique.

L'étendue, l'ancienneté des altérations pulmonaires elles-mêmes, peuvent elles faire redouter davantage l'éclosion des accidents ? Cela ne paraît pas être : on observe tantôt des améliorations notables de l'état pulmonaire, une restauration des forces très accusée à la suite d'opérations faites chez des sujets présentant déjà des signes de cavernes (Cadeau, Martin de Genève) et tantôt des lésions pulmonaires encore peu avancées offrent une agravation considérable à la suite du traumatisme.

L'état général du sujet qui subit l'opération semble au contraire avoir une réelle importance au point de vue de l'éclosion possible des accidents. M. Bouilly et M. Petitot pensent que toute action chirurgicale doit être proscrite ou retardée chez un tuberculeux pulmonaire qui offre des accidents fébriles. Ils rappellent du reste que M. Ollier a porté sur ce point le même jugement en disant : « Si le malade est en proie à un état fébrile qui ne s'explique pas par la lésion locale, s'il y a des élévations persistantes de température que rien n'explique, il faut absolument s'abstenir, le malade est en pleine floraison tuberculeuse, une granulie s'accomplit ou se prépare. »

Résumant donc ce qui paraît établi au sujet de la gravité de l'intervention opératoire pour des lésions tuberculeuses, nous dirons :

M. Verneuil a montré d'une façon certaine qu'une opération chirurgicale faite chez un tuberculeux pulmonaire est quelquefois suivie d'une poussée aiguë pulmonaire ou méningée qui entraîne rapidement la mort.

Une opération faite pour une manifestation externe tuberculeuse chez un sujet qui n'a aucun tubercule viscéral pourra, peut-être, donner lieu aux mêmes accidents, mais le fait n'est pas démontré.

La complication signalée par M. Verneuil paraît être exceptionnelle et impossible à prévoir.

IV. — L'intervention en elle-même a été précisée par les travaux récents. L'antisepsie en est une des conditions indispensables, et c'est grâce à elle que les opérations faites contre les lésions tuberculeuses ont pu prendre une importance considérable dans ces dernières années.

Le choix du liquide antiseptique sera variable. On a insisté sur les bons effets de l'irrigation au chlorure de zinc du foyer opératoire pendant l'opération et à sa suite. Le chlorure de zinc, joignant à ses propriétés antiseptiques sa puissance de destruction des microbes tuberculeux empêche ainsi l'auto-inoculation. Le pansement avec certaines substances, l'iodoforme par exemple, a été très chaudement prôné, etc., etc. Mais avant tout, l'indication fondamentale que doit réaliser le chirurgien

est d'enlever et de détruire *la totalité du foyer*, qui par sa diffusion peut envahir les parties voisines, et qui peut devenir le point de départ d'une infection secondaire.

Une opération entreprise pour une lésion tuberculeuse doit être conçue sur le même plan qu'une opération dirigée contre une lésion cancéreuse. Ici, les préoccupations doctrinales ne peuvent qu'être utiles, et on obtiendra d'autant plus vite la guérison qu'on interviendra avec plus de hardiesse et en dépassant plus largement les limites du mal. Ce sont ces mêmes conditions d'exérèses larges, trop larges, qui donneront le plus rapidement des cicatrisations durables, et le malade, débarrassé plus vite de sa manifestation locale, pourra reconstituer son organisme par un traitement et un régime médical sagement dirigés.

Ainsi que M. Petitot le déclare, il no faut pas intervenir du tout, si, par exemple, on juge la lésion susceptible de guérison spontanée. (Je fais allusion à ces cas de tuberculose oculaire, épididymaire ou articulaire sur lesquels je me suis expliqué.) Il faut s'abstenir encore lorsque le mal paraît nettement au-dessus des ressources de l'art, soit que les lésions viscérales dominent la scène pathologique, comme l'a dit M. Trélat, soit que les limites de la lésion locale ne puissent être dépassées par le chirurgien. Mais, lorsqu'on intervient, il faut intervenir réellement. Le nombre des évidements, des curages, des grattages tuberculeux suivis avant ou après cicatrisation de récidive des fongosités, de trajets fistuleux, etc., est grand ; ce sont là autant d'exemples d'opérations incomplètes. Pour être suivie de guérison, il faut que l'exérèse soit totale. C'est là la conclusion des thèses de MM. Petitot et Coudray, et ceci me paraît dominer d'une façon absolue la question du choix de l'opération lorsqu'il s'agit de résections ou d'amputations.

Rydygier donne une statistique de ses résections qui est fort remarquable, M. Ollier et M. Gangolphe montrent des résultats fort beaux à la sulte de résections du poignet; M. Poinsot préconise la résection tibio-tarsienne, tandis que bien d'autres auteurs repoussent certaines résections et surtout les résections tibio-tarsiennes et radio-carpiennes. M. Nepveu, par exemple, dans un travail publié quelques mois avant celui de M. Gangolphe, déclare la résection du poignet une opération infidèle, dont les résultats complets sont assez rares et ne s'observent guère que dans le quart des cas. « On constate beaucoup plus fréquemment, dit-il, la guérison incomplète, le rétablissement très imparfait des usages du membre ; en un mot, l'insuccès opératoire et l'insuccès fonctionnel. »

Ces désaccords dans la manière d'apprécier les mêmes opérations tiennent, comme M. Gangolphe le déclare, à la différence dans l'étendue des lésions qui les nécessitent. « Les opérations trop économiques ou trop tardives sont, chez les adultes surtout, les principales causes d'insuccès... La tuberculose paraît plus grave au poignet qu'au coude et à l'épaule, parce qu'il est plus difficile de débarrasser la région de tous ses éléments tuberculeux ; mais si on arrive à ce résultat, on se trouve dans les mêmes conditions que pour les autres articulations. » M. Gangolphe arrive donc à conclure : que l'opération n'est bonne qu'en tant qu'opération complète et large, et les mauvais résultats signalés par M. Nepveu ne sont, comme il nous le fait remarquer, que les suites forcées d'interventions incomplètes.

Qu'il s'agisse d'une résection du poignet, du coude ou d'une jointure quelconque, pour que l'opération ait une valeur, la suppression de la totalité du foyer s'impose comme une nécessité. Les résections tibio-tarsienne et radio-carpienne sont rarement suivies de bons effets, parce que les articulations du tarse et du carpe sont multiples, les os qui les composent spongieux et facilement infiltrés. Les lésions sont alors diffuses et par conséquent moins faciles à supprimer par l'action chirurgicale que celles des épiphyses articulaires du coude surtout et du genou ensuite, dans le tissu spongieux desquels la néoplasie se circonscrit volontiers.

C'est encore, pour cette raison, l'impossibilité de procéder à la destruction totale du foyer tuberculeux (les cavités glénoïde et cotyloïde participant généralement aux altérations des têtes articulaires), que les résections de la hanche, de l'épaule relèveront toujours d'indications spéciales et assez restreintes.

Dès lors, il semble que le choix entre une résection et une amputation puisse reposer sur une base sérieuse. Si la résection ou l'évidement articulaire permet d'enlever et de dépasser largement les limites du mal, tout en n'occasionnant pas une perte de substance dans la continuité du squelette qui ne puisse être comblée, il est clair qu'elle devra être préférée et que, dans le cas contraire, c'est l'amputation qui sera le procédé de choix.

La question se trouve donc ramenée à établir un diagnostic exact de l'étendue des lésions. Or, ce diagnostic est d'une difficulté extrême, sinon impossible dans certains cas. Bien des résections sont faites par erreur de diagnostic, si je puis ainsi dire, parce qu'on a supposé les lésions plus limitées qu'elles ne le sont réellement, et c'est en quelque sorte au cours de la résection que l'on peut juger de son utilité, voir si elle peut être continuée ou céder le pas à une amputation.

Il est cependant un certain nombre d'exemples d'opérations incomplètes pratiquées contre des lésions tuberculeuses dont les suites ont été heureuses et qui ont abouti à la guérison. Je veux parler de ces ouvertures d'abcès froids migrateurs dépendant d'une lésion vertébrale, ouverts à la région inguinale, traités par le grattage à l'aide de longues curettes qui permettaient d'atteindre les environs de leur origine osseuse. MM. Bœckel, Lannelongue, Reclus, etc., nous ont rapporté des faits où une semblable intervention fut suivie d'une très grande amélioration. Cependant le point de départ du mal n'avait pas été détruit ni atteint par le chirurgien. D'autres fois, ainsi que MM. Gangolphe et Ollier nous le montrent dans le mémoire que j'ai cité plus haut, on peut laisser dans un foyer de résection quelques masses fongueuses que l'on modifiera par des caustiques ou des agents variés et obtenir une cicatrisation solide.

Il serait encore facile de citer des cas d'opérations incomplètes laissant pendant plusieurs mois à leur suite un trajet fistuleux qui finit par se combler et guérir. Il n'en est pas moins vrai que tous ces cas son exceptionnels, et je ne pense pas que l'exception infirme la règle.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1884.

A

Abcès. — Les abcès froids tuberculeux, d'après Nichet, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 19 octobre.) — Abcès sous-scapulaires, par Blodgett. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 août, p. 158.)

Abdomen. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur l'ascite, par G. André. (In-8°, 68 p., *Toulouse.*) — Abcès des parois abdominales partant du diverticulum de Meckel, par Fenwick. (*Med. News*, 20 sept., p. 330.) — Des abcès de la paroi abdominale (3 cas), par J. Carreau. (*N.-York med. Journ.*, *p.* 630.) — Quelques points du diagnostic de l'abcès du psoas, de l'anévrisme, de la hernie et des affections malignes abdominales, par Ashhurst. (*Med. News*, 30 août.) — Dépôt chyleux dans l'abdomen, par Nickerson. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 août.) — Plaie abdominale : issue d'une anse d'intestin grêle perforée, guérison par Clark Burman. (*Édinb. med. Journ.*, p. 125, août.) — Plaie pénétrante de l'abdomen, produite par une flèche dont la pointe reste fixée quatre mois dans le psoas iliaque; guérison, par George Mackay. (*Ibid.*, p. 301, octobre.) — Traumatisme de l'abdomen, rupture de l'intestin sans épanchement de matières fécales, rupture d'une branche de l'artère mésentérique inférieure, énorme épanchement de sang dans l'abdomen, par Chaput. (*Soc. Anat.*, 29 février.) — Rupture traumatique du diaphragme, passage de l'estomac et d'une partie des intestins dans la cavité thoracique, par R. Brinton. (*S. Barth. Hosp. Rep.*, XIX, p. 285.)

Accouchement. — Le service d'accouchements à la clinique et à la policlinique de Greifswald, par Beumer et Peiper. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIII, 1.) — Anatomie et rapports de l'utérus pendant le troisième stade du travail et les premiers jours qui suivent l'accouchement, par Freeland Barbow. (*Edinb. med. Journ.*, p. 223, septembre.) — Certains vices de conformation du vagin peuvent-ils présenter un obstacle sérieux à l'accouchement ? par N. Andréiéff. (*Vratch*, n° 39.) — Du mode d'action du forceps, par Thassard-Haste. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Du choix comparé de la version et du forceps dans quelques cas de rétrécissement du bassin, de 7 à 9 centimètres, par Parmentier. (*Thèse de Lille*, n° 75.) — De l'emploi du forceps comme spéculum et protecteur du vagin dans les opérations sur le fœtus, dans la cavité utérine, par J. Price. (*Med. News*, 2 août.) — Accouchement forcé dans un cas de rétrécissement du bassin et de rétrécissement considérable du vagin, par P. Tchounichine. (*Vratch*, n° 28.) — Étude des lésions pendant l'accouchement de la commissure antérieure des parties génitales externes, par Litchkous. (*Vratch*, n° 28.) — Un cas d'accouchement chez une femme, avec utérus bicorne double et vagin double, par L. Litchkous. (*Vratch*, n° 42.)

Addison (mal d'). — Maladie bronzée coïncidant avec un cancer des ganglions bronchiques, de la plèvre, du péricarde et des capsules surrénales, par VERGELY. (*Bullet. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 210.) — Un cas de maladie d'Addison, par P. MILOVSOROFF. (*Méd. Wiéstnik*, n° 42.)

Aérothérapie. — Du traitement de l'emphysème pulmonaire par l'air comprimé, par E. NABONA. (In-8°, *Montpellier*.)

Ainhum. — Considérations sur l'ainhum, par DUPOUY. (*Arch. de méd. nav.* n° 3.)

Air. — Étude de l'air de la ville d'Alger, par CHAIRY. (*Acad. des Sciences*, 10 novembre.) — Sur les effets de l'insufflation des poumons par l'air comprimé, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Acad. des sciences*, 10 novembre.)

Albumine. — Cause d'erreur, dans la recherche de l'albumine au moyen de l'acide picrique, par ZULIANI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 60.) — Sur la fermentation peptonique, par MARCANO. (*Acad. des sciences*, 10 novembre.)

Alcoolisme. — Quelques effets de l'alcoolisme, par BRUEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 11 sept.) — L'alcoolisme dans l'enfance et la jeunesse, par THOMAS MORE MADDEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 358, août.) — Les paralysies alcooliques, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 28 août.)

Aliénation. — Les aliénés en Savoie, par MARIE-GIROD. (*Mém. de l'Acad. de Savoie*, 3e série, t. X.) — Etude sur le délire aigu à forme typhoïde, par ROUSSET. (*Thèse de Lyon*, n° 233.) — Note sur un cas de mélancolie anxieuse, par SEGLAS. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — De la folie gémellaire, par BALL. (*L'Encéphale*, juillet-août.) — Contribution à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie de la démence paralytique, par FRANZ TUCZEK. (*Berlin.*) — Contribution à l'étude de l'asphyxie locale chez les aliénés, par ALGERI. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. I, II.) — De l'agoraphobie, par M. CHERCHÉVSKI. (*Vratch*, n°s 29, 30 et 31.) — La paranoïe ou délire systématisé et son évolution historique, Revue par TANZI. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.* Fasc. I, II.) — Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale, par MARANDON DE MONTYEL. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Délire maniaque aigu traité par les affusions froides, par BARLOW. (*Lancet*, 5 janvier.)

Aliment. — Conseils pratiques sur l'alimentation des dysphagiques, par D. BRYSON DELAVAN. (*New York med. Journ.*, 24 mai.)

Amnios. — Un cas d'hydramnios aigu, remarques sur la pathologie de cette affection, par C. GREEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 août.)

Amputation. — Désarticulation coxofémorale avec ligature préalable de l'artère iliaque primitive; guérison, par SCHŒNBORN. (*Berlin klin Woch*, 16 juillet 1883.) — Amputations congénitales et ainhum, par RECLUS. (*Gaz. hebd.*, n° 22, 1883.) — Deux cas de double amputation de la partie antérieure des pieds, par JARVIS WIGHT. (*New York med. Journ.*, mai.) — Tableau statistique des grandes amputations pratiquées à l'hôpital de Newcastle, pendant la période 1878-1883, par FREDERICK PAGE. (*The Lancet*, 5 avril.) — Résumé statistique des grandes amputations faites à Western Pensylvania Hospital, de 1877 à 1881, par MERCUR et HAWORTH. (*Med. News*, 4 octobre.)

Amygdale. — Encéphaloïde de l'amygdale, par MASSEI. (*Riv. med. dell'Univ. di Napoli*, n° 6.) — Deux cas de chancre de l'amygdale, par C. KNIGHT. (*New York med. Journ.*, p. 662.) — Contribution au diagnostic du chancre

syphilitique de l'amygdale, par PAUL LEGENDRE. (*Arch. gén. de méd.*, janvier et mars.)

Anatomie. — Comment doit-on enseigner et apprendre l'anatomie, par WALDEYER. (*Berlin.*)

Anesthésie. — Étude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte, par COLOMBEL. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Sur l'anesthésie générale et locale par le bromure d'éthyle, par CHAMPAGNE. (*Thèse de Lille*, n° 61, 1883.) — Sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire, par PAILLASSON. (*Thèse de pharmacie, Lyon.*) — Sur la non-accumulation du chloroforme dans l'organisme, après l'anesthésie complète par BERT. (*Bul. soc. de biol.*, 19 juillet.) — A propos de la préparation du protoxyde d'azote, par P. CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 2 nov.) — Mort par l'éther (probablement par syncope), par J. ROBERTS. (*Med. News*, 27 sept.) — Mort par anesthésie chloroformique, par HILSMAN. (*Ibidem.*) — Anesthésie par le rectum, par COGGESHALL (Résumé des observations publiées et de quelques faits personnels.). (*Med. soc. of Virginia ; Ibid.*, p. 358.) — De l'éthérisation par la voie rectale et de ses dangers, par PÉRON. (*Thèse de Lyon*, n° 237.) — De l'anesthésie chirurgicale dans un cas de colique hépatique, par LOVASIO. (*Arch. clin. italiano*, 12 juillet.) — Parésie anesthésique, par O. GUELLIOT. (*Gaz. hebd.*, n° 40, 1883.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte ; broncho-pneumonie chronique du côté gauche, par AYROLLE. (*Soc. Anat.*, 15 février.) — Des anévrismes de l'aorte ascendante, par BOTKINE. (*Jégénéd. klin. Gazeta*, n° 18 et 19.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique, ligature de la carotide et de la sous-clavière ; guérison par BEANCY. (*Australian med. Journ.*, juillet, et *Med. News*, 11 octobre.) — Observation d'anévrisme de la carotide externe, ligature de la carotide primitive ; mort au 35e jour, d'embolie, par C. HEATH. (*Med. chir. Transact.*, LXVI, p. 69.) — Cas obscur d'anévrisme fémoropoplité, par SHEPHERD. (*Med. News*, 20 sept., p. 331.) — Anévrisme diffus de l'artère poplitée traité sans succès par la compression et guéri par la ligature de la fémorale superficielle dans le triangle de Scarpa, par MORRANT BAKER. (*Lancet*, 8 mars.) — Anévrisme traumatique de l'artère fessière, opération par ouverture du sac ; mort par le tétanos, par TURNER. (*Lancet*, 3 mai.) — Recherches sur la ligature dans le traitement des anévrismes, par LEWIS STIMSON. (*Med. News*, 1er nov.)

Angine. — De l'angine de poitrine, par S. LÉVASCHEFF. (*Jégénéd. klin Gazeta*, n° 19.)

Anomalie. — Absence de l'utérus, par LEVI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 27.) Inversion splanchnique complète, méningite, par LEVÈQUE. (*Soc. Anat.*. — 15 février.) — Absence congénitale du jéjunum, de l'iléon et de la plus grande partie du côlon, par WILLIAM THOMAS. (*Lancet*, 12 janvier.) — Deux cas d'anomalies osseuses, par PRIOLEAU. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux.*, IV, p. 10.) — Anomalie extraordinaire des doigts, pouvant prendre rang à côté de l'ectrodactylie d'I. Geoffroy-Saint-Hilaire, par L. VERRIER. (*Gaz. hebd.* n° 34, 1883.)

Anthropologie. — Rapports de la taille debout et de la taille assis, de la taille debout et de la grande envergure, par LACASSAGNE et DOUBRE. (*Soc. d'anthrop. de Lyon*, t. II.)

Anus. — De la fistule anale, étiologie et traitement, par FRANCOU. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Un cas de colotomie inguinale gauche. pour imperforation

du rectum; guérison, par W. Haynes. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 174.) — Anus artificiel traité par la résection de l'intestin grêle, par Makins. (*Brit. med. j.*, p. 414, août.)

Appareil. — Le pulvérisateur-Samovare, par Litvinow. (*Méd. Obosrénié*, n°15. — Les pinces hémostatiques de Ruggi, par Ruggi. (*Rivista clin. di Bol.*, juin.) — Nouveau mode de fixation du crochet palatin de Voltolini, par Bensch. (*Monat. fur Ohrenh.*, 5.) — Un nouveau périmètre, par Dubois-Reymond. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre.)

Artère. —De l'artérite, par Baroux. (*Thèse de Paris*, 10 novembre.) — Artérite oblitérante aiguë, chez un jeune homme de 19 ans, par Pearce Gould. (*Lancet*, 16 février.) — Artérite oblitérante aiguë chez une femme de 35 ans, par Hadden. (*Lancet*, 16 *février*.) — Athérome exclusivement limité à la crosse de l'aorte; dilatation de cette artère, rétrécissement extrême, à leur origine, des vaisseaux qui en partent, par Duflocq. (*Soc. anat.*, 28 décembre 1883.) — De la torsion des artères et de l'hémorragie secondaire, par Charlier. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)

Articulation. — Développement des articulations costo-sternales, par J. Fédoroff. (*Med. Wiéstnik*, n° 41.) — Du cubitus varus traumaticus, par Nicoladini. (*Zeitschr. f. Heilk.* Bd. V, p. 375.) — De l'entorse du pied et de son traitement, par A. Vaquié. (*Thèse de Lyon*, n° 232.) — Étude sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie, par Grenier. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — De l'importance de quelques symptômes des maladies de la hanche. (*Annali universali di med. e di chir.*, février.) — Arthrite aiguë occipito-vertébrale, avec pyohémie, par Ballance. (*Lancet*, 17 mai.) — Arthrite du genou présentant des signes analogues à ceux d'une tumeur blanche chez un enfant; guérison, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 5 août.)—Note sur l'emploi des lavages phéniques intra-articulaires dans l'hydarthrose chronique, par Labbé. (*Bull. Acad. de méd.*, n° 24.)

Avortement. — Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel, par Léon Galliot. (*Thèse de Lyon.*) — Avortement manqué, sclérose du placenta, par H. Garrigues. (*New York méd. Journ.*, 21 juin.)

B

Bains. — Action des maniluves chauds et froids, par N. Vassilief. (*Thèse de St-Pétersb.*)— De l'effet des lotions froides, par M. Féodossieff. (*Vratch*, n°s 36 et 38.) — Matériaux pour l'étude de l'action des bains froids, par L. Litchkous. (*Thèse de St-Péters.*) — Matériaux pour l'étude des effets du bain russe, par W. Godlevski. (*Thèse de St-Pétersb.*, 1883.)

Bassin. — Le développement du bassin, par Veit. (*Zeit. f. Geburts*, IX, *Heft* 2.) — Rétrécissement du bassin par le fait de synostose sacro-iliaque de périostite chronique du bassin et de coxalgie, par Mennel. (*Arch. f. Gynæk.* XXIII, 1.)

Bec-de-lièvre. — Du nombre des dents dans les becs-de-lièvres compliqués, par P. Albrecht. (*Cent. f. Chir.*, n° 32, p. 521.)

Biliaires (Voies). — Lithiase biliaire, ictère par rétention, phénomènes ty-

phoïdes endocardite végétante aiguë, par MATHIEU et MALIBRAN. (*Soc. Anat.*, 8 fév.) — Des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.* n° 50, 1883.)

Blennorragie. — Recherches expérimentales sur le micrococcus du pus blennorragique, par G. STERNBERG. (*Med. news.*, 18 oct.)—Du gonococcus, par BRICON. (*Prog. méd.* 9 avril.) — Folliculite blennorragique, par CAMPANA. (*Giorn. ital. de mal. ven.*, n° 4.) — Rhumatisme blennorragique, par STRUPPI. (*Wiener med. Presse*, n° 37, 1883.) — Le salicylate de soude dans le traitement de l'épididymite aiguë blennorragique, par TOMMASOLI. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, n° 4.)

Bronche. — Du catarrhe bronchique chronique, traitement, leçons par B. YEO. (*Med. Times*, 1er nov.)

Brûlure. — Kéloïdes cicatricielles multiples survenues chez un enfant à la suite de brûlures, par DUMONT. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er janv. 1883.)

C

Cadavre. — La rigidité cadavérique et les influences extérieures, par PELLACANI. (*Annali universali*, août.)

Cancer. — Trois cas d'épithélioma développés sur des ulcères chroniques ou des cicatrices, par BRYANT. (*Lancet*, 23 février.) — L'urée et le cancer, par A. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 août.) — Sur la symptomatologie du carcinome viscéral latent, par P. HAMPELN. (*Zeitsch. f. klin. Med.* Vol. VIII, p. 221.)

Cerveau. — De l'amplitude des déplacements du cerveau dans les différentes attitudes du corps, par GAVOY. (*L'Encéphale*, juillet-août.) — Étude sur la région rolandique, par LEGGE. (*Bull. d. Accad. di med.*, Roma, n°s 5, 6.) — Fascia dentata du grand hippocampe dans le cerveau de l'homme, par GIACOMINI. (*Archiv. ital. de Biologie*, t. V, fasc. I et II.) — Étude sur la constitution chimique du cerveau, par THUDICHUM. (In-8°, Londres.) — Des rapports qui existent entre le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres inférieurs, par VOISIN. (*Bull. Acad. de méd.*, XIII, n° 25.) — Fonctions des circonvolutions cérébrales, par HORSLEY et SCHŒFER. (*Proceedings of the royal soc.*, XXXVI.) — Étude des localisations fonctionnelles du cerveau et en particulier de la sensibilité ganglionnaire, par CIANCIOSI. (*Raccoglitore med.*, n° 17.) — Localisations cérébrales, les centres de la vision, par ZENNER. (*Med. Record, N. York*, XXVI, n° 6.) — Étude des localisations cérébrales et de l'épilepsie jacksonienne, par FERE. (*La Psichiatria*, fasc. 2.) — Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole, par BITOT. (*Arch. de neurologie*, juillet.) — Des troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie de cause cérébrale, par LEGROUX. (*L'Encéphale*, juillet-août.) — Hémorragie sous-méningée dans la région de la deuxième circonvolution frontale droite; hémiplégie gauche et épilepsie partielle, par MARFAN. (*Soc. anat.*, 25 janv.) — Sur une forme particulière d'encéphalite (plaques hortensia) observée chez les tuberculeux, par ARNOZAN et DE FLEURY. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 198.) — Athérome de la cérébrale postérieure gauche. Ramollissement du lobe occipital et du pédoncule cérébral corres-

pondants. Hémiplégie droite avec hémianesthésie. Paralysie du moteur oculaire commun gauche. Déviation conjuguée de la tête et des yeux accompagnée de nystagmus, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Ramollissement de la protubérance portant presque exclusivement sur le faisceau pyramidal gauche; hémiplégie croisée de la face et des membres avec contractures persistantes, par RONDOT. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 131.) — Thrombose du sinus longitudinal supérieur, symptômes d'hémiplégie, par DIGNAT. (*Bull. soc. Anat. de Bordeaux*, IV, p. 140.) — De l'hémiathétose post-hémiplégique, par MASSALONGO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 62.) — Athérome généralisé des artères du cerveau; pyélo-néphrite calculeuse, par DÉRIGNAC et MOUSSOUS. (*Soc. anat.*, 1er février.) — Un cas d'hémianesthésie, de cause cérébrale, avec mouvements anormaux du bras et de la jambe hémiplégiés, par RAYMOND. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 juillet.) Un cas d'aphasie par congestion cérébrale, par GREEN HAMMOND. (*N. York med. Journ.*, mai.) — Embolie de l'artère moyenne cérébrale droite, hémiplégie gauche avec hémianesthésie, cécité à gauche, convulsions à droite, par S. WEST. (*Med. Times*, 23 août.) — Un cas d'arinencéphalie unilatérale chez un homme adulte, par A. SELENKOFF. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd XCV, Heft. 1, p. 95.)—Absence du septum lucidum, par LACHI. (*Rivista clinica di Bologna*, fév.) — De l'atrophie du cerveau chez les idiots, par FLETCHER BEACH. (*Brain*, p. 212, juillet.) — Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie, par BOURNEVILLE et LEFLAIRE. (*Progrès médical*, 26 avril.) — Hyperplasie des plexus choroïdes latéraux chez un hydrocéphale congénital, par PLATH. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd XXI.) — Abcès du cerveau consécutif à un empyème, par DE HAVILLAND HALL. (*Lancet*, 2 février.) — Gliome cérébral ayant envahi les deux hémisphères, paralysie transitoire, idiotie, par DIGNAT. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 106.) — Sarcome angiolithique des méninges cérébrales; hémiplégie, aphasie intermittente, par DARIER. (*Soc. anat.*, 25 janvier.) — 1° Kyste multiloculaire d'échinocoques du cerveau et du foie. 2° Sarcome mélanique du cerveau, par A. LOUKINE. (*Vratch*, n° 27.)

Cervelet. — Tumeur du cervelet chez un idiot, par STRAHAN. (*Brit. med. j.*, p. 464, septembre.)

Césarienne (Opér.). — Grossesse avec rétrécissement rachitique du bassin; albuminurie, opération de Porro, mort au dixième jour, par HERMAN. (*Med. Times*, 16 août.)

Chancre. — Guérison rapide du chancre simple, par BARTHÉLEMY. (*Union médicale*, 21 juin.)

Charbon. — Du contage du charbon, par W. WISSOKOWITCH. (*Troudi méd. séctzii obsch. opitn. naouk. Charkow.*) — Du virus de charbon, par OSOL. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 23.) — Deux cas de pustule maligne provenant de l'inoculation directe d'une vache atteinte de fièvre splénique; guérison, par J.-H. HEMMING. (*Brit. med. journ.*, p. 560, sept.)

Choléra. — Instruction médicale sur le choléra pour la société nationale de médecine de Lyon. (*Lyon méd.*, 10-24 août.) — A propos du choléra, discussion au sujet de la nomination d'une commission permanente des épidémies, par BESNIER, DUJARDIN-BEAUMETZ et BUCQUOY. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 juil.) — Les eaux contaminées et le choléra, par MAREY. (*Acad. des sciences*, 27 octobre.) — Étude sur le choléra de 1884 observé à l'hôpital de Toulon du 18 juin au 18 juillet, par RANDON. (*Thèse de Lyon*, n° 235.) — Le choléra à Trévise, par CROBIO. (*Arch. clin. italiano*, 30 août.) — Sur le bacille du choléra, par KOCH. (*Brit. med. Journ.*, sept., p. 453.) — Le choléra. Les

méthodes de prophylaxie, par LEREBOULLET. (*Gaz. hebd.*, nos 30, 31.) — Recherches sur la pathologie et le traitement du choléra, par L. BRUNTON. (*Practitioner*, nov.) — Traitement du choléra, par LEREBOULLET. (*Gaz. hebdom.*, nos 35, 36 et 37.) — Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies, par DESPRÈS. (*Union méd.*, 12 avril.) — De l'électricité statique comme agent primitif du choléra, par R. VIGOUROUX. (*Progrès méd.*, 9 juillet.) — Proposition d'un remède pour le traitement du choléra, par BOZZOLO. (*Arch. clin. italiano*, 9 août.) — La limonade chlorhydrique dans le traitement du choléra, par DE STEFANO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 64.) — Sur le traitement du choléra dans les hôpitaux de la marine, par CUNÉO. (*Bull. de thér.*, août.)

Chorée. — La chorée et l'excès de travail dans les écoles, par DREWITT. (*Med. Times*, 15 nov.) — Hémichorée pleurétique, par WEILL. (*Revue de méd.*, p. 568, juillet.) — Chorée hémiplégique aiguë, par CANFIELD et PUTNAM. (*Boston med. and surg. Journ.*, 4 septembre.)

Circulation. — Le poux capillaire; sa valeur séméiotique, par LEGROUX. (*Gaz. hebdom.*, n° 50.) — Action de la cinchonidine et de la cinchonine sur la circulation des mammifères supérieurs, par BOCHEFONTAINE. (*Soc. de Biol.*, 29 juin.)

Cœur. — Sphincters des embouchures des veines caves et cardiaques. Occlusion hermétique pendant la présystole, par DUROZIEZ. (*Acad. des sc.*, 25 août.) — Causes et mécanisme de l'impulsion cardiaque, par JAMES BARR. (*Brit. med. j.*, p. 149, juillet.) — Mécanique cardio-vasomotrice et cardiotopographie, par BACCELLI. (*Rivista clin. e terap.*, juin.) — Sur les médicaments cardiaques et sur l'action de la saponine sur le cœur et son antagonisme avec les vrais toxiques du cœur, par RUMMO. (*Medicina contempor.*, février.) — Les maladies du cœur, par BAZILE FÉRIS. (*Arch. nav.*, n° 2.) — Du diagnostic des lésions valvulaires, par O. FRAENTZEL. (*Charit. de méd. Ann.*, IX Jahrg, p. 294.) — Sur le souffle présystolique et diastolique mitral, par AUSTIN FLINT. (*Lancet*, 8 mars.) — Etude clinique sur les bruits du cœur, par AUSTIN FLINT. (*N. York med. Journ.*, p. 561.) — Etude du bruit de galop, par CHARVET. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Symphyse cardiaque, consécutive à une très légère attaque de rhumatisme articulaire aigu, par BRISCOE. (*Lancet*, 17 mai.) — Symphyse cardiaque avec rétrécissement mitral et aortique, par PRIOLEAU. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 111.) — Affection mitrale, caillots fibrineux intracardiaques, infarctus pulmonaires dont l'un gangreneux, par MENESTRIER. (*Soc. anat.*, 15 février.) — Rétrécissement et insuffisance mitrales, dystrophie unguéale de la main droite; mal perforant; mort, par SUZANNE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 août.) — Endocardite infectieuse avec colonies de micrococcus sur les valvules, par CAYLEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 902, mai.) — Thrombose cardiaque, par VERGELY. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 58.) — Idem, par VERGELY et FERRIER. (*Ibid.*, p. 78.) — Insuffisance fonctionnelle du cœur dans le cours d'une pleuro-pneumonie, par A. SCHWARTZ. (*Wiener med. Woch.*, n° 34, 1883.) — Deux cas d'asystolie traités avec succès par la saignée, par COLLIER. (*Lancet*, 31 mai.) — De la digitale dans le traitement des affections chroniques du cœur (dégénérescence graisseuse), par HUGO SEILER. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd.* VI, p. 346.)

Conjonctive. — Sarcome mélanique de la conjonctive, par LAGRANGE. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 243.) — Un cas de papillome condylomateux de la conjonctive, par HIRSCHBERG et BIRNBACHER. (*Centralbl. f. prak. Augenheilk.* juillet.) — Lymphadénite conjonctivale, par GOLDZIEHER. (*Ibid.* juillet.)

Cornée. — La kératoconométrie, par WECKER et MASSELON. (*Rev. clin. d'oc.* p. 5.) — Sur les opacités de la cornée, par AMBRESIN. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — Deuxième contribution à l'étude de la kératite astigmatique, par GEORGES MARTIN. (*Ann. d'oc.*, janvier-février.) — Troisième contribution à l'étude de la kératite astigmatique, par MARTIN. (*Annales d'oc.*, mai-juin.)

Corps étranger. — Corps étranger dans les voies aériennes, broncho-pneumonie consécutive; extraction par la trachéotomie; guérison, par BRISTOWE et SYDNEY JONES. (*Lancet*, 19 avril.) — Des corps étangers de la vessie, par KNOLLER. (*Mittheil. aus der chir. klin. in Tubing.*) — Cas de mort par un pessaire, par LÉONARD. (*Soc. anat.*, 15 février.)

Crâne. — Deux cas de céphalhydrocèle traumatique, par S. CONNOR. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 103.) — Fracture du crâne intéressante au point de vue médico-légale, par GOODALL NASMYTH. (*Edinb. med. Journ.*, p. 306, octobre.) — Trois cas de fracture du crâne avec enfoncement; extirpation des fragments comprimant dans deux cas, aucune opération dans la troisième; guérison, par NORTH. (*Med. Record N. York*, XXV, n° 25.)

Cristallin. — Technique de l'opération de la cataracte, par CHIBRET. (*Arch. d'ophtalm.*, mai-juin.) — Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique du cristallin, par OTTO BECKER. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — Membrane pupillaire persistante sur un œil; cataracte aux deux yeux, par F. BERGER. (*Ibid.*, août.) — Opacité filiforme de la cristalloïde postérieure, par F. BERGER. (*Ibid.*, août.) — Des traumatismes du cristallin au point de vue médico-judiciaire, par PENCH. (*Thèse de Lyon.*) — Des hémorragies consécutives à l'extraction de la cataracte, par DA GAMA PINTO. (*Rev. gén. d'opht.*, 31 mars.) — Hémorragie oculaire après l'extraction de la cataracte, par J. KATZAOUROTF. (*Vratch*, n° 36.)

D

Daltonisme. — Un cas de daltonisme traumatique, par FONTAN. (*Rec. d'opht.*, décembre 1883.)

Déglutition. — Du mécanisme de la déglutition d'après les nouvelles recherches et de la valeur clinique des bruits de la déglutition, par Y. JCHOUGEBINSKI. (*Méd. Wiéstnik*, nos 41 et 44.)

Dent. — Traité théorique et pratique de l'art du dentiste, comprenant l'anatomie, la physiologie, etc., par HARRIS, AUSTEN et ANDRIEU. (2e édit., 1,104 pages, *Paris.*) — De la greffe des dents, par REDARD. (*Rev. de la Suisse romande*, novembre 1883.)

Désinfection. — Note sur le chlore et ses composés (valeur comme désinfectant), par R. M'SHERRY. (*Med. News*, 27 sept.) — Un poêle pour la désinfection du linge et des vêtements, par DOBROSLAVINE. (*Vratch*, n° 35.)

Diabète. — Diabète sucré, étude de pathologie, par PHILPOT. (In-8°, *Londres.*) — De la dégénération glycosique des tissus, par W. PASCHUTIN. (*Vratch*, n° 30.) — Du rapport entre la proportion du sucre et celle de l'urée dans les urines de certains diabétiques, par HARRISON et SLATER. (*Lancet*, 23 fé-

vrier.) — Du sulpho-phénate de soude dans le diabète sucré, par MONCKTON (*Australasian med. Gaz.*, mars.)

Digestion. — De la digestion de la cellulose végétale par les oiseaux, par P. SERBINOW. (*Troudi méd.*). — Réactions de l'élastine dans la digestion pepsique, par HORBACZEWSKI. (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* I, p. 153, 1883.)

Diphtérie. — Des épidémies de diphtérie d'après des observations personnelles faites pendant la dernière épidémie de Leipzig, 1883-84, par MAX TAUBE. (*Leipzig.*) — De la diphtérie, par RENDU. (*Gaz. des hôpit.*, 16 septembre.) — Contribution à l'étiologie de la diphtérie conjonctivale en Autriche, par PURTSCHER,. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre.) — De l'action héroïque du calomel dans la diphtérie et le croup, par KLINGENSMITH. (*Med. Record*, *New York*, XXVI, n° 2.) — De l'acide phénique contre la diphtérie, par VALLE. (*Arch. clin. ital.*, 14 juin.) — De l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphtérie, par LE BLOND. (*Union médicale*, 6 juillet.) — Traitement de l'angine pseudo-membraneuse et du croup, par COURTAUX. (*Union médicale*, 5 juillet.) — L'air comprimé oxygéné dans le croup, par MASINI. (*Italia medica*, n° 10.) — Traitement de la dysenterie par l'ipécacuanha à doses massives, par JOSEPH EWART. (*Lancet*, 3 mai.) — Les derniers travaux sur la prophylaxie et la thérapeutique de la diphtérie, par LONGUET. (*Union médicale*, 20-22 juillet.)

E

Eau. — Les eaux de boisson à Lille, par CARTON. (*Thèse de Lille*, n° 58, 1883.)

Eaux minérales. — Des indications spéciales des eaux de la Malou dans le traitement des névroses, par BELUGOU. (*Ann. de la Soc. d'hydrol.* t. 28.) — Étude des eaux thermales de la baie du Prony (Nouvelle-Calédonie), par A. CAILLOTTE. (*Arch. de méd. nav.*, n° 5.)

Éclampsie. — Éclampsie et épilepsie, par FÉRÉ. (*Arch. de Neurol.*, juillet.) Grossesse au 7e mois, albuminurie, rétinite double, éclampsie; rein unique sans altérations autres de l'appareil génital, par RUXONI et DENTI. (*Gaz. med. It. Lomb.*, n° 30.)

Électricité. — Note sur la polarisation du corps humain et des électrodes, par R. VIGOUROUX. (*Progrès méd.*, 20 juin.) — Traité d'électricité médicale, par BARDET. (*Paris.*) — Manuel d'électrothérapie galvanique, par DOMENICO MUCCI (*Plaisance*). — De la galvanisation directe de l'estomac, par BARDET. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin.) — Un nouvel électro-commutateur, par BITZIANKO. (*Vratch*, n° 36.) — Application directe du courant galvanique dans la salpyngite, par R. BIGELOW. (*Med. News*, 13 sept.) — De la valeur thérapeutique des courants continus dans les troubles du corps vitré, par BADAL. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 24 août.) — Le traitement de la sciatique par de forts courants galvaniques, par GIBNEY, (*Med. Record. New York*, XXV, n° 23.) — Les bains hydro-électriques, par SCHIVARDI, (*Gaz. d. osp.*, n° 45.)

Embryon. — Les embryons atrophiques humains, par KASCHÉNKO. (*Troudi méd. séctsii obsch. opitn. naouk. Charkow.*)

Empoisonnement. — Délire ressemblant au délire alcoolique, à la suite d'abus de la morphine, par DANA. (*Med. Record. New York*, XXVI, n° 3.) — La morphiomanie, par LETT. (*Med. News.* 20 septembre, p. 332.) — Du traitement des morphiomanes par la suppression brusque du médicament, par STRAHAN. (*Lancet*, 29 mars.) — Des bons effets de la douleur provoquée dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium et par les solanées, par L. BARÉTY. (*Gaz. hebd.*, n° 39, 1883.) — Empoisonnement par l'opium, injection sous-cutanée de 3 centigrammes d'atropine, guérison malgré cette dose, par TAYLOR. (*Lancet*, 24 mai.) — Empoisonnement par la belladone, guérison après 23 heures de coma, par JACKSON. (*Lancet*, 23 fév.) — L'essai de l'atropa belladona, par DUNSTAN et RANSOM. (*The pharmac. j.* 9 févr.) — Empoisonnement par une infusion de feuilles de belladone, par MASAN. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Innocuité presque absolue d'un lavement contenant 10 grammes d'extrait de belladone. (*Ibid.* 30 juin.) — Empoisonnement quinique dans un cas de fièvre typhoïde, par D. LAMB. (*New York med. journ.*, mai.) — Empoisonnement par la strichnine, par L. OGILVIE. (*Brit. med. j.* p. 1251, juin.)— Empoisonnement par le chloral traité au moyen de la belladone, par MACKENZIE BOOTH. (*The Lancet*, 15 mars.) — Etude expérimentale des troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie par les vapeurs de charbon chez les grenouilles; anesthésie, paraplégie, eschares, par ARNOZAN et PLANTEAU. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 187.) — Des changements dans les ganglions nerveux du cœur dans l'intoxication par le chloroforme, par K. VINOGRADOFF. (*Vratch*, n° 37.) — Empoisonnement par le sublimé, par ULLRICH. (*Wien. med. Presse*, n° 44, 1883.) — Note sur trois cas d'empoisonnement par l'arsenic, par WHITFORD. (*Lancet*, 8 mars.) — Danger de l'inhalation des vapeurs nitreuses, par GRÉHANT et QUINQUAUD (*Trib. méd.* 27 juil.) — Empoisonnement par l'acide phénique. (ingestion par erreur de 150 grammes d'une solution à 14 0/0); guérison, par ALBERT HIND. (*Lancet*, 12 avril.) — Accouchement laborieux; métropéritonite consécutive; empoisonnement par l'acide phénique le 5e jour. Rapport méd. légal, par LEITH NAPIER. (*Edinb. med. journ.*, p. 224, sept. 1883.)

Enfant. — Faits et neuropathologie chez les enfants (accidents cérébraux après traumatisme, méningite tuberculeuse, tubercule du cerveau, cysticerque du cerveau, méningo-encéphalite chronique, chorée), par HENOCH. (*Charit. Annalen*, IX Jahrg, p. 591.) — Atrophie unilatérale progressive de la face, par BANHAM. (*Brit. med. journ.* 12 janv.) — La fréquence de la colique hépatique chez l'enfant, par MERCAT. (*Thèse de Paris*, 27 nov.)— Inflammation diffuse du tissu cellulaire de la verge et du scrotum chez un enfant de deux semaines, par A. MARCY. (*Med. news.*, 25 oct.)— De la péricardite chez les enfants, par HENRY ASHBY. (*Lancet*, 29 mars.) — La diarrhée d'été chez les enfants, par LEWIS SMITH. (*Med. News.*, juil.) — Traitement des vomissements aigus de l'enfance par les lavements nutritifs, par GREEN. (*Med. Times*, 27 sept.) — Leucocythémie chez un enfant de 5 ans, par WADHAM. (*Lancet*, 26 janv.)

Épilepsie. — L'épilepsie corticale. Revue par SEPPILLI. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.* Fasc. 1-2.) — Un cas d'automatisme épileptique, par SALOMON SMITH. (*Lancet*, 31 mai.) — Sur l'épilepsie larvée, par HJERTSTROM. (*Nordiskt med. Arkiv*, t. XV, n° 11.)— Observation de tic épileptiforme guéri par la nitro-glycérine, par J.-P. BRAMWELL. (*Brit. med. j.* p. 609, sept.) — Un cas d'amaurose après un accès d'épilepsie, par ZITRINE.

(*Med. Wiestnik*, n° 30.) — Du traitement de l'épilepsie, par L. Carter Gray. (*New York med. Journ.*, 28 juin.) — Enquête sur des effets de l'administration prolongée des bromures dans l'épilepsie, par Hughes Bennett. (*Lancet*, 15 mai.)

Épithélium. — Contribution à l'étude de la pathologie du tissu épithélial cylindrique, par Griffini. (*Archiv. ital. de Biol.*, fasc. II, p. 247.)

Érysipèle. — Érysipèle; endocardite végétante aiguë, par Dalité. (*Soc. anat.* 8 fév.) — De la non contagion de l'érysipèle, par Desprès. (*Gaz. des hôpit.*, 14 août.)

Estomac. — De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par Comby. (*Arch. de méd.*, août.) — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides, par Bouchard. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*) — Un cas d'hypertrophie musculaire de l'estomac, par A. Marcy. (*Am. Journ. of the med. Soc.*, juil., p. 182.) — Ulcère de l'estomac, amélioration notable, péritonite suraiguë, par Vergely. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, VI, p. 88.) — Sur le diagnostic du cancer de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. méd. des hôpit.*, 6 avril.) — Développement de carcinome sur des cicatrices dans l'estomac et dans la vésicule biliaire, par Heitler. (*Wien. med. Woch.*, n° 31, 1883.) — Cancer de l'estomac simulant l'ulcère simple. Mort par hémorragie foudroyante, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Du cancer précoce de l'estomac, par M. Mathieu. (*Thèse de Lyon*, n° 238.) — Note sur le cancer précoce de l'estomac (sujet de 28 ans), par Bard. (*Lyon méd.*, 26 oct.) — Application du lavage de l'estomac à l'extraction des corps étrangers, par Leriche. (*Lyon méd.*, 5 oct., p. 148.) — Du lavage de l'estomac, de l'alimentation et de la suralimentation, par Blachez. (*Gaz. hebd.*, n° 49, 1883.) — Des dangers du lavage de l'estomac par le procédé du siphon, par A. Alexeiévski. (*Méd. Obosrénié*, n° 15.) — Rupture de l'estomac par un choc sur l'abdomen; mort; autopsie, par Vincent Jackson. (*Lancet*, 8 mars.)

Exanthème. — Érythème généralisé, provoqué par l'action locale de l'emplâtre de Vigo, par Steinberg. (*Rousskaia Medicina*, n° 14.) — Observation d'érythème multiforme, par E. Spencer. (*Brit. med. j.*, p. 465, sept.) — Érythème ortié atrophiant, atrophie partielle de la peau, par Pellizzari. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, n° 4.) — Exanthème par l'antipyrine, par Ernst. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 33.) — Éruption causée par l'administration de l'iodure de potassium, par Carrington. (*Clin. Soc.; Med. Times*, 1er nov.)

F

Fièvre. — De l'excrétion de la vapeur d'eau et de l'acide carbonique par la peau des malades fébricitants, par M. Moratchévski. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Note sur la fièvre chez le lapin, par Fredericq. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, t. XVIII, n° 1.) — Sur le traitement rationnel des fièvres exanthématiques zymotiques, par Jasiewicz. (*Thèse de Paris*, 27 nov.)

Fièvre intermittente. — Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques, par J. Besnier. (*Union médicale*, 30 avril.) — D'une classification

nouvelle des fièvres palustres, par PELLEREAU. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.)

Fièvre jaune. — Le microbe de la fièvre jaune, inoculation préventive, par FREIRE et REBOURGEON. (*Acad. des sciences*, 10 nov.) — La fièvre jaune à bord du bateau américain *Portsmouth*, par MOORE. (*Med. Record, New York*, XXVI, n° 1.)

Fistule. — Un cas de guérison opératoire d'une fistule urétro-vaginale, par A. SOLOVIEFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 19.)

Foie. — Note sur la présence de la glycose dans le liquide de l'ascite chez un sujet atteint de cirrhose atrophique, par ARNOZAN. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 13.) — Deux cas de cirrhose hypertrophique du foie, par M. LAGOWSKI. (*Vratch*, n° 28.) — Symptomatologie et traitement de la cirrhose hypertrophique, par HARDY. (*Gaz. des hôpit.*, 6 sept.) — Cirrhose hypertrophique, par GOMBAULT et CONDOLÉON. (*Progrès méd.*, 5 juillet.) — Cirrhose du foie s'étant manifestée pour la première fois à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée. Evolution rapide de la maladie. Mort, par KIRMISSON. (*Gaz. hebdom.*, n° 40, 1883.) — Un cas d'atrophie aiguë du foie, par HENRY TOMKINS. (*Lancet*, 5 avril.) — Atrophie jaune aiguë, atrophie rouge, et cirrhose hypertrophique du foie, par J. MUSSER. (*Am. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 166.) — A propos de deux kystes du foie d'origine biliaire, par SABOURIN. (*Progrès méd.*, 17 mai.) — Le traumatisme et les affections du foie, par VERNEUIL. (*Rev. de chirurgie*, juillet.) — Faits pour servir à l'histoire des veines sus-hépatiques dans le foie. Racines glissonniennes des veines sus-hépatiques, par SABOURIN. (*Progrès méd.*, 9 avril.)

Fractures. — Fracture compliquée de l'humérus ; résection des fragments et suture osseuse ; guérison, par WRIGHT. (*Lancet*, 5 janvier.) — Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par BROSSARD. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius et son traitement par la gouttière en gutta-percha, par DURAY. (*Thèse de Lille*, n° 72.) — Fractures multiples du bassin et des côtes, rupture de la vessie, contusion des reins, par CAHN. (*Soc. anat.*, 8 février.) — Fracture du bassin traitée par le bandage plâtré, par STONE. (*Med. News*, 1er nov.) — De l'hydarthrose du genou consécutive aux fractures de cuisse, par BARUDEL. (*Thèse de Lyon*, n° 239.) — Traitement des fractures transversales récentes de la rotule par la suture métallique, sans ouverture de l'articulation du genou, par VAN DER MEULEN. (*Lancet*, 22 mars.) —Fracture de la rotule; suture des fragments ; guérison, par PAGE. (*Lancet*, 12 avril.) — De la fracture simultanée des deux rotules, par JARVIS WIGHT. (*New York Med. Journ.*, mai.) — Ligature de la tibiale antérieure dans un cas de fracture compliquée de la jambe, par SHEPHERD. (*Med. News*, 20 sept., p. 331.) — Fracture compliquée de la jambe. Pansement antiseptique. Erysipèle bronzé ; mort. Fracture compliquée de la jambe. Résection tibio-tarsienne; guérison, par BLUM. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Cinq cas de fractures non consolidées, traitées par résection et par suture des fragments, par TURNER. (*Lancet*, 24 mai.)

G

Gangrène. — De l'asphyxie locale des extrémités, par EPARVIER. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Gangrène sèche de la main, par WILLIAM MORRISON. (*The*

Lancet, 15 mars.) — **Gangrène des membres inférieurs par suite de congélation**; double amputation de jambe; guérison, par RIVINGTON. (*Lancet*, 16 février.) — Gangrène humide envahissante du pied et de la jambe chez un homme de soixante-trois ans; amputation au tiers inférieur de la cuisse; guérison, par RIVINGTON. (*Lancet*, 16 février.) — Gangrène sénile; amputation partielle des deux pieds; guérison, par KEALL. (*Lancet*, 12 janvier.) — Gangrène symétrique des doigts. Faux panaris des gaines des fléchisseurs, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 juillet.) — Sphacèle rapide de la jambe gauche, amputation spontanée du membre, au cours d'une néphrite interstitielle, par HANOT. (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 20 août.) — Gangrène sénile ayant débuté lentement par une asphyxie locale des extrémités inférieures; concrétions fibrineuses anciennes dans l'iliaque primitive droite et les crurales, athérome des vaisseaux, plaques ramollies sur toute l'aorte, dégénérescence graisseuse du cœur, par RONDOT. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 15.)

Génitaux (Org.). — **Tuberculisation des organes génitaux de la femme, par** REVILLIOD. (*Soc. anat.*, 25 janvier.)

Géographie médicale. — Rapport médical sur l'expédition suédoise au Groenland, par A. BERLIN. (*Arch. de méd. nav.*, n° 5.) — Contribution à la géographie médicale. Littoral de la Tunisie, par FRIOCOURT. (*Arch. de méd. nav.*, n° 7, p. 5.) — De la fièvre des Indes (febris complicata), par ALBERT A. GORE. (*The Dublin j. of med. sc.*, p. 1, juillet.) — Programme d'hygiène des Européens dans l'isthme de Panama, par GIRERD. (In-18, 172 p., *Paris*.) — Note de topographie et de statistique médico-historique de la commune de Sanluri, par S. LEDDA. (*Broch.*, *Cagliari*.) — Considérations générales sur la végétation de la Nouvelle-Calédonie, par BROUSMICHE. (*Arch. de méd. nav.*, n° 3.)

Goutte. — **Traité théorique et pratique de la goutte, par LECORCHÉ.** (In-8°, 725 pages, *Paris*.)—**Des déformations goutteuses et de leur traitement, par** BOULOUMIÉ. (*Union méd.*, 3-17 avril.) — De l'iodoforme dans la goutte, par TESTA. (*Arch. clin. italiano*, 19 juillet.) — De la douche écossaise dans la grossesse maladive, par LEMARCHAND. (*Ann. d'hydrologie de Paris*, t. 29.)

Grossesse. — Laparotomie dans la grossesse, par R. ROSENTHAL. (*Charité Annalen*, IX Jahrg, p. 358.) — Un cas de grossesse tubaire, par H. HUN. (*Amer. Journ. of med. sc.*, juillet, p. 98.) — Grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison, par CATTANI. (*Annali univ. di med. e di chir.*, févr.) — Cas de grossesse tube-abdominale, par R. ROSENTHAL. (*Charité Annal.*, IX Jahrg, p. 349.)

H

Helminthes. — L'anchilostomiase dans la province de Vérone, par BONUZZI. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 35.) — Cas d'anchilostomiase chez un enfant, par POLATTI. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 26.) — Observation de dragonneau dans le scrotum d'un soldat, par DUNCAN. (*Brit. med. journ.*, p. 715, octobre.)

Hématome. — Étude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles, par CURTIS. (*Thèse de Lille*, n° 63, 1888.)

Hémoglobinurie. — Trois observations d'hémoglobinurie paroxystique, par St. Mackenzie. (*Lancet*, janvier.) — De l'hémoglobinurie essentiellement paroxystique, par Barrion. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — De l'hémoglobinurie paroxystique, par Stephen Mackenzie. (*Lancet*, 26 janvier.)

Hémorragie. — De l'épistaxis, par Voltolini. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er octobre.) — Emploi de l'acide gallique contre les hémorragies des voies urinaires, par Lionel Beall. (*The Lancet*, 15 mars.) — Du traitement des hémorragies post partum par les injections intra-utérines d'eau chaude à 45° et les bains chauds à 35°, par Hervbau. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Hémorragie grave avant l'accouchement, par Andrew Currie. (*Edinb. med. journ.*, p. 216, septembre.) — Hémorragies secondaires à partir du onzième jour après l'accouchement : ablation d'une tumeur fibrineuse polypoïde située sur la muqueuse utérine; guérison, par Leith Napier. (*Edinb. med. journ.*, p. 137, août.)

Hémorroïdes. — Du traitement des hémorroïdes même étranglées par la dilatation forcée du sphincter de l'anus, par Ch. Monod. (*Gaz. des hôp.*, 22 juillet.) — Traitement des hémorroïdes par l'écrasement, par Sherriff. (*Med. News*, 20 sept., p. 330.)

Hernie. — Hernie musculaire du moyen adducteur gauche, par Bonnet. (*Lyon méd.* 28 sept.) — Des hernies épiploïques étranglées, par Rushton Parker. (*Lancet*, 17 mai.) — Hernie étranglée chez un enfant de six mois, opération ; guérison, par Dobbin. (*Lancet*, 31 mai.) — Hernie étranglée datant de huit jours ; kélotomie ; guérison, par William Mac Cormac. (*Lancet*, 3 mai.) — Remarques sur les hernies et l'occlusion intestinale, par J. Roche. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 23, juillet.) — Quatre cas de hernie étranglée (trois fémorales et une ombilicale), excision du sac après ligature du collet ; guérison radicale dans trois cas, mort dans le quatrième (l'ombilicale), par Walsham. (*Brit. med. Journ.*, p. 713, octobre.) — Traitement rationnel de la hernie abdominale, par de Garmo. (*Med. Record, New York*, XXV, n° 25.) — Un cas peu ordinaire de hernie congénitale étranglée, par Miller. (*Edinb. med. Journ.*, mai 1883.) — Un cas de hernie ombilicale étranglée; herniotomie avec résection de 22 centimètres d'intestin grêle gangreneux ; suture intestinale; guérison, par G. Ouranossoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 18.) — De la gangrène de l'intestin dans les hernies étranglées, par Journés. (*Thèse de Lille*, n° 73.)

Herpès. — Herpès labial et zona, par Lagout. (*Union méd.*, 19 juillet.) — Observation d'herpès labial récidivant non fébrile, par A. Doyon et P. Diday. (*Ann. de derm. et de syph.* mars.) — Zona d'origine traumatique (un cas), par H. Ling Taylor. (*New York med. Journ.*, p. 663.)

Histologie. — De la structure du noyau, par F. Tartuferi. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 31.)

Hôpital. — Essai sur la construction des hôpitaux militaires, par Bilouet. (*Thèse de Lille*, n° 62, 1883.) — L'hôpital Beaujon, par Fournel. (*Thèse de Paris*, 8 nov.)

Hydatide. — De l'influence du traumatisme sur le développement des kystes hydatiques. Nouvelle observation, par Kirmisson. (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1883.) — Kyste hydatique de la région parotidienne droite simulant une tumeur néoplasique de la glande ; ablation de la parotide ; guérison, par Vitussa. (*Gaz. hebd.*, n° 16.) — Kystes hydatiques dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, par Poirier. (*Soc. anat.*,

15 février.) — Sur un cas d'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans les voies aériennes, par GRANIER. (*Bull. de thérap.*, août.) — Kystes hydatiques du foie, par RAMEY. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 236.)

Hygiène. — Salubrité. Statistique 1872-83 de Bourg, en Bresse, par PASSERAT. (In-8°, *Bourg.*) — Niveau officiel de l'état sanitaire du peuple russe, par A. POGOGEFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 17.) — Cours d'hygiène pratique, par J. SKWORTZOFF. (*Varsovie.*)— Cours d'hygiène publique, par DOBROSLAVINE. (*St-Pétersbourg.*) — L'acide carbonique dans les classes et les dortoirs des écoles, par VIRENIUS. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Une table d'école pouvant s'adapter à tous les âges, par M. KAPOUSTINE. (*Vratch*, n° 40.) — Examen sanitaire des fabriques et usines du district de Podolsk, par E. DIÉMÉNTIEFF. (*Moscou*, 1883.)— L'éclairage artificiel des salles de classe, par M. REICH. (*Vratch*, n°s 43 et 44.) — Rapport sur les modifications à demander dans le service médical des enfants assistés, des enfants protégés en vertu de la loi Roussel, par BARAT-DULAURIER. (In-8°, *Bordeaux.*)

Hypnotisme. — Le magnétisme animal, étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué chez les sujets sains, par BOTTEN. (In-8°, *Paris.*) — Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques, par FERRÉ et BISSET. (*Bull. Soc. de Biol.*, juillet.) — Un fait d'hypnotisme, par BEAUNIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 août.) — Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques, par FÉRÉ et BINET. (*Progrès médical*, 12 juillet.)

Hystérie. — Relation d'une épidémie à phénomènes hystéro-choréiques observée à Albon (Ardèche) en 1882, par BOUZOL. (*Lyon méd.*, 5 octobre.) — Sur deux cas d'hystéro-épilepsie, par BURGAT. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Un cas d'hystérie avec accès hystéro-épileptiques, paraplégie et fièvre hystérique, par A. KAZAMSKI. (*Méd. Obosrénié*, n° 14.) — La fièvre hystérique, par BRIAND. (*Gaz. hebd.*, n° 40.) — Sur la respiration des hystériques, par MARTIN COATES. (*Brit. med. j.* p., 13, juillet.) — Sur la symptomatologie de la grande hystérie, par LÉVI. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 30.) — Hystérie chez l'homme, par PATELLA. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 33.) — Des bains prolongés appliqués à la cure de l'hystérie gastrique, par DAUCHEZ. (*Bull. de thérap.*, août, n° 4.) — Traitement de certaines formes d'hystérie et de neurasthénie, par BURKART. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 245.)

I

Inflammation. — Le traitement de l'inflammation, par WHITTAKER. (*Cincinnati Acad. of med.; Med. News*, 8 novembre.)

Inhalation. — Remarques sur les inhalations antiseptiques; un nouvel inhalateur, par WARD COUSINS. (*Med. Times*, 20 septembre.) — Note sur un nouveau genre d'inhalations employé à Amélie-les-Bains, par HARO. (*Bull. gén. de Thér.*, 15 mai.) — Des inhalations continues avec le respirateur du Dr YEO, par S. SOLIS COHEN. (*Med. News*, 11 octobre.)

Injection. — Paralysie du petit doigt, consécutive à une injection d'éther, par ARNOZAN et SALVAT. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 191.) — Les in-

jections hypodermiques d'iodure de potassium, par PARONA. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68.) — De l'emploi de l'iodure de potassium et de sodium en injections hypodermiques, par ARCARI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 56.) — Des injections intra-utérines dans la septicémie puerpérale, par L. RODENSTEIN. (*N. York med. Journ.*, 21 juin.)

Intestin. — Cancer du cœcum, du mésentère et du pancréas, par PRIOLEAU. (*Bull. de la Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 1.) — Résection de quinze centimètres d'intestin grêle dans le cours d'une laparotomie entreprise pour une grossesse extra-utérine; guérison, par ANGUS MACDONALD. (*Lancet*, 9 février.)

Iris. — Recherches sur la pupille, par S. MAYER et A. PRIBRAM. (*Zeitschr. f. Heilk. Bd.* V, *Hft.* I, p. 15.)

L

Lait. — Remarques pratiques sur l'analyse du lait, par LAJOUX. (*Union médicale du Nord-Est*, juillet.)

Langue. — Du cancer lingual d'origine leucoplasique, par LABADIE. (In-8°, *Bordeaux.*) — Contribution à la pathologie des glandes intramusculaires linguales, par BRÉDA. (*Rivista clin. e terap.*, juin.) — Tumeur enkystée de la bourse séreuse de Fleischmann, par LAGRANGE. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 10 août.) — Des éruptions circinées (état lichénoïde) de la langue, par COLCOTT FOX. (*Lancet*, 10 mai.)

Laparotomie. Notes sur 137 laparotomies, par SUTTON. (*Med. News*, 1er nov.) — Laparotomie exploratrice pour un sarcome utérin; guérison, par DE SIMONE. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 61.)

Larynx. — Les types des vibrations des cordes vocales, par KOCHLAKOFF. (*Vratch*, n° 34.) — Exercice gymnastique de la voix, suivi de quelques observations, par M. F. COOMES. (*Louisville med. Journ.*, XVII, 26 avril.) — Importance du laryngoscope pour le diagnostic de quelques maladies intralaryngées, par AVIZA. (*El genio medico-quirurgico*, 31 mai.) — Sur un cas d'aphonie simulée, par E. DUPONCHEL. (*Revue mens. de laryng.*, 1er oct.)— Enrouement et perte de la voix, par A.-T. NORTON. (*Med. Press. and Circular.*, 27 février et 5 mars.) — Œdème de la glotte dans le cours d'une fièvre typhoïde, par DIGNAT. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 74.) Herpès du larynx, par CHAPMAN. (*New York med. Journ.*, 18 oct.) — Herpès opalin de la gorge et du larynx, par GROGNOT. (*Le concours méd.*, 15 nov.) —Végétations tuberculeuses du larynx, par PERCY KIDD. (*Lancet*, 26 avril.) — Phtisie laryngée, œdème de la glotte, trachéotomie; guérison, par LATOUCHE. (Examen laryngoscopique incomplet.) (*Répertoire médical*, n° 1.) —Tuberculose laryngée primitive (obs. douteuse), par RABAINE. (*Revue mens. de laryngol.*, 1er août.) — Du traitement local de la tuberculose laryngienne, par GOUGUENHEIM. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai.)— Quelques procédés pour le traitement des maladies du larynx, par A. YACOBSON. (*Vratch*, n° 37 et 38.) — Gommes syphilitiques du larynx, par LATOUPHIS. (Rien de nouveau; obs. inédites.) (*Thèse de Paris*, 27 oct.) — Laryngosténose par lésions syphilitiques tertiaires; infiltration gommeuse pénilaryngée; imbibition œdémateuse du pharynx, trachéotomie, par CLEMENTE ROMANO. (*La Scuola med.*

Napolitana, VII, fasc. 1 et 2.) — Extirpation du larynx, par MAC LEOD. (*Lancet*, 26 avril.)

Lèpre. — Cas de lèpre indigène, par GEDDINGS. (*Med. Record New York*, XXVI, n° 7.) — Étude sur la lèpre tuberculeuse et les léproseries fondées à Bordeaux et en Guyenne, au moyen âge, par DURODIÉ. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, octobre 1883.)

Lèvre. — La lèvre et ses maladies, par GIBNEY. (In-8° *New York*.)

Lipome. — Énorme lipome dorsal extirpé pour remédier à des accidents de dyspnée et de troubles cardiaques, par WARD COUSINS. (*British med. Journ.*, fév.)

Luxation. — Luxation bilatérale en avant de la 3e sur la 4e vertèbre cervicale, réduction; guérison, par BOINET. (*Lyon méd.*, 17 août.) — Luxation en arrière de la première vertèbre lombaire traitée avec succès par l'extension et l'application du corset plâtré, par DAVIES COLLEY. (*Lancet*, 12 avril.) — Luxation en avant de la 12e vertèbre dorsale sur la 1re vertèbre lombaire, fracture concomitante des apophyses transverse et articulaire droites de la 1re lombaire, par CHEVALIER. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 93.) — Luxation en haut et en bas de l'extrémité interne de la clavicule, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 août.) — Deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas, par BOTTEY. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — De la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes de l'épaule, par la méthode de rotation et d'élévation combinées, par PERRIER. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — Luxation de l'un des fibro-cartilages semi-lunaires du genou, par ROBB SMITH. (*Lancet*, 1er mars.) — Luxation congénitale de la rotule, par GOLDING BIRD. (*Clin. soc.*; *Med. Times*, 1er nov.)—Luxation du pied en arrière, non réduite, résection de l'articulation tibio-tarsienne; guérison par COURDNEY NEDWILL. (*Lancet*, 29 mars.) — Sur la luxation du pied en arrière, par BILLAUX. (*Thèse de Lille*, n° 71.) — Du procédé de la cravate dans les luxations anciennes de l'épaule, par VOREUX. (*Thèse de Lille*, n° 69.)

Lymphatiques. — Du traitement des bubons par l'aspiration, par WESTON. (*Indian med. Gaz.*, juin.)

M

Main. — Du doigt à ressort, par CHARPENTIER. (*Union médicale*, 31 août.) — Lipome de la paume de la main, simulant un ganglion; excision; guérison, par BRYANT. (*Lancet*, 10 mai.)

Maladies professionnelles. — Premiers soins à donner aux ouvriers blessés à la suite des explosions de grisou, par P. REGNARD. (*Broch.*, Paris.)

Malformations. — Difformité congénitale de la main, ectrodactylisme et syndactylisme, par A. POST. (*New York med. Journ.*, p. 656.) — Troisième cas d'amaurose compliquée de malformation crânienne congénitale, par STOOD. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, sept.) — Contribution à l'étude des malformations de la papille du nerf optique, par W. STOOD. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, août.) — Contribution aux malformations symétriques des doigts et des orteils, par R. POTT. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd. XXI.)

Mamelle. — Des kystes et des tumeurs kystiques de la mamelle, par HENRY BUTLIN. (*Lancet*, 29 mars.) — De la maladie de Paget, du mamelon, par LOUIS DUHRING. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 141.) — Traitement des fissures du sein, par N. PARFIANOVITCH. (*Vratch*, n° 38.) — Existe-t-il une mammitte puerpérale consécutive à la stagnation du lait, par KÜSTNER. (*Arch. f. Gynæk.*, XXII, *Heft* 2.) — Des épithéliomas du sein, par LESUR. (*Thèse de Lille*, n° 74.) — Tumeur du sein (squirrhe), chez l'homme, par H. GROSS. (*Med. News*, 9 août, p. 164.) — Epithélioma mammaire, altération épithéliale de la zone suspecte, par VALUDE. (*Soc. anat.* 15 février.) — Des épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein, par VERNEUIL. (*Bull. Acad. de méd.*, XIII, n° 22.)

Massage. — Les avantages du massage dans la goutte rhumatismale, par GRAHAM. (*Boston med. and surg. Journal*, 28 août.)

Maxillaire. — Des abcès des sinus frontaux et maxillaires et de la valeur de la percussion comme moyen de diagnostic, par KEEN. (*Med. News*, 16 août.) — De la signification morphologique des fissures de la mâchoire, des lèvres et de la face, par P. ALBRECHT. (*Deutsche Gesellschaft f. Chirur.*, XIII *Kongress.*) — Kystes du maxillaire supérieur, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet.)

Médecine (*Histoire*). — Ambroise Paré, d'après des documents inédits conservés aux Archives nationales, par LE PAULMIER. (In-8°, 400 p., Paris.) — Aperçus sur l'histoire de la médecine au Japon, par L. ARDOUIN. (*Revue marit. et coloniale.*)

Médecine légale. — Essai sur l'historique et le développement de la médecine légale, par C. MASSON. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Hémorragie mortelle à la suite d'une délivrance tardive, condamnation de la sage-femme, par KLEIN. (*Wiener med. Presse*, n° 12.) — Cas de suicide par coup de pistolet, sans plaie externe (perforation du voile et entrée par l'apophyse basilaire), par OGSTON. (*Edinb. med. Journ.*, février, p. 720.)

Médecine militaire. — Manuel du brancardier, par GROSS. (In-16, 207 p., *Nancy.*) — De l'instruction des brancardiers dans la cavalerie, par ROSENBERG. (*Deutsche milit. Zeitsch. p.* 22.) — De l'aménagement hygiénique d'une caserne d'infanterie, par BRITUNG. (*Ibid.*, p. 57.) — Les desideratas de nos casernes. (*Jahrbücher für die Armee und Marine*, t. 48, n° 142 et 143.) — Rapport sur le service des ophthalmiques à l'hôpital militaire de Munich, par SEGGEL. (*Deutsche mil. Zeitsch.*, p. 161, 213, 271, 325.)

Méninge. — Deux cas de méningite cérébro-spinale, guéris par le bromure de potassium à hautes doses, par RAPISARDA. (*Arch. clin. italiano*, 16 août.) — Méningite tuberculeuse; paralysie à forme hémiplégique droite; aphasie, par MICHAEL COLLINS. (*Lancet*, 8 mars.) — Un cas d'inflammation des méninges du cerveau et de la moelle épinière, par suite de carie de l'os temporal, par A. SPENGLER. (*Vratch*, n° 27.) — Méningite tuberculeuse du lobule paracentral, par DU CASTEL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juillet.) — Contribution à la méningite tuberculeuse et à la tuberculose cérébrale chez l'enfant, par WORTMANN. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd. XXI.)

Menstruation. — De la menstruation chez la femme et chez les animaux, par LOVETT. (*Boston med. and surg. Journal.*, 28 août.) — Rétention des règles par suite d'un hymen imperforé; épilepsie; opération, guérison avec rémission passagère de l'épilepsie, par LATIMER. (*Brit. med. Journ.*, p. 1254, juin.) — De la dysménorrhée dite obstructive, par J.-E. BURTON. (*Brit. med. Journ.*, p. 697, sept.)

Moelle. — De l'action des lésions du bulbe rachidien sur les échanges nutritifs, par COUTY, GUIMARAES et NIOBEY. (*Acad. des sc.*, 25 août.) — De la maladie de Thomsen, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebdom.*, n° 2.) — Mélalgie et arthropathie congestives avec parésie des deux membres supérieurs, guérison par le sulfate de quinine, par LIÉGEOIS. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 225.) — Spasme chronique diffus symétrique d'origine spinale, par SILVESTRINI. (*Medicina contemp.*, février.) — Des inflammations parenchymateuses du système nerveux central et de leurs rapports avec le glycome, par P. MEYER et H. BAYER. (*Arch. f. Pyschiat. und Nervenkr.*, B. XII, Heft. 2.) — Ataxie locomotrice. Pied tabétique. Luxation coxo-fémorale. Arthropathies et lésions osseuses précoces, atrophiques et hypertrophiques, par BOYER. (*Revue de médecine*, juin, p. 487.) — Variabilité des névrites cutanées des tabétiques d'un malade à l'autre et chez le même malade suivant les points de la peau que l'on examine, par DÉJERINE. (*Soc. de Biol.*, 21 juin.) — Chute spontanée de l'ongle des gros orteils chez un malade non ataxique, par JOFFROY. (*Soc. méd. des hôpit.*, 6 août 1882.) — Cas de sclérose longitudinale descendante des cordons latéraux. (Tabes dorsal spasmodique de Charcot, par HUGUENIN. (*Corr. Bl. f. schwz. Aerzt.*, 15 nov. 1883.) — De la dégénérescence secondaire aux lésions cérébrales, par MOELI. (*Berl. klin. Woch.*, sept. 1883.) — Troubles oculaires de la sclérose en plaques, par PARINAUD. (*Progrès médical*, 9 août.) — Sclérose médullaire débutant par des troubles visuels, par GNAUCK. (*Berl. klin. Woch.*, 4 juin 1883.) — Arthropathies tabétiques du coude et du pied, par CLEMENT LUCAS. (*Lancet*, 1er mars.) — Lésion traumatique de la partie postérieure du bulbe rachidien, par COURTIN. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 207.) — Du traitement du spina bifida, par les injections iodo-glycérinées, par MONCORVO. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février.)

Monstre. — Fœtus cyclope et fœtus acéphale, par EUSTACHE. (*Arch. de tocol.*, mai.)

Morve. — Morve chronique du cheval communiquée à l'homme, par PHILIPPART. (*Bulletin médical du Nord*, mai.)

Muscle. — Modifications à la méthode de préparation des fibres musculaires lisses, par BATTISTINI. (*Bull. d. Accad. di med. Roma*, nos 5 et 6.) — De l'influence du sommeil sur la force musculaire de l'homme, par M. POVARNINI. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1883.) — Cysto-sarcome des muscles radiaux du côté gauche, par L. VÉRON. (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1883.) — Quelques nouveaux cas de myosite ossifiante progressive, par GYULA PINTER. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, vol. VII, p. 155.)

Mycose. — Sur la possibilité de cultiver l'actinomycète, par OSCAR ISRAEL. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCV, Hft. 1, p. 146.) — Un cas d'actinomycose chez l'homme, par KNIGHT TREVES. (*Lancet*, 19 janvier.) — Sur le mycosis fongoïde, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 août.)

Myxœdème. — Observation de myxœdème, par J. ANDERSON. (*Clin. soc.; Med. Times*, 1er nov.) — Un cas de myxœdème, par JACOB. (*Lancet*, 31 mai.) — Myxœdème chez une aliénée, par WHITE. (*Lancet*, 31 mai.)

N

Nerf. — Le nerf accessoire de Willis, par J.-F. KNOTT. (*Med. Press. and circular*, 7 mai.) — Recherches de morphologie sur le nerf dépresseur

chez l'homme et chez quelques mammifères, par A. Viti. (*Arch. ital. de biol.*, fasc. II, p. 191.) — Distribution des nerfs de l'intestin, par Durante. (*Bull. d. Accad. di med. Roma*, nos 5-6). — Même sujet, par Cacciola. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 25). — Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs, par Beaunis. (In-8°, 166 p. avec 59 fig., *Nancy*.) — Recherches sur la dégénérescence et la régénération des nerfs, par Cattani. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68.) — Quatre cas de sciatique traités avec succès par les courants continus, par Steavenson. (*Lancet*, 19 janvier.) — Névralgie sus-orbitaire consécutive à un traumatisme, traitée avec succès par la trépanation du crâne, par Arthur Durham. (*Lancet*, 12 avril.) — Deux cas de névrotomie pour une névralgie faciale, par Fowler. (*Med. Record N. York*, 4 octobre.) — Deux cas d'ischialgie guéris par l'élongation du sciatique, par Negretto. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 32.) — Traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle, par Santelli. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Traitement de la névralgie faciale par la vibration nerveuse, par W. Neale. (*The Practitioner*, nov.) — Études expérimentales sur l'élongation des nerfs, par Cattani. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 52.) — De la suture secondaire des nerfs, par Weissenstein. (*Mittheilungen aus der chir. klinik zu Tubingen.*) — De la suture des nerfs, par Chaput. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Plaie du nerf médian; compression par la cicatrice; débridement; guérison, par Stugh Rayner. (*The Lancet*, 15 mars.) — Plaie du nerf médian et du nerf cubital, par Arnozan. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 121.) — Troubles nerveux complexes des extrémités consécutifs à une blessure du nerf cubital, par Cénas. (*Rev. de méd.*, juin, p. 479.) — Note sur un cas de contusion du plexus cervical superficiel et du plexus brachial, par Lauth. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Sur la douche électrique et sur un cas de névrite multiple, par J. Trautwein. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, vol. VIII, p. 279.) — Résumé de la doctrine de la névrite primaire multiple, par M. Lion. (*Méd. Obosrénié*, n° 15.) — Névrites expérimentales produites par l'instillation d'éther ou l'application de glace, par Arnozan et Salvat. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 août.) — Névrite du sciatique par instillations d'éther, par Arnozan et Salvat. (*Bull. Soc. anat. Bordeaux*, IV, p. 78.) — Hemiatrophie faciale et paralysie du sympathique cervical, par Nicati. (*Arch. d'opht.*, sept.-oct. 1883.) — Atrophie faciale progressive bilatérale, par Vinogradoff. (*Rousskaïa Medicina*, n° 17.) — Névrose électrique, par Féré. (*Progrès méd.*, 5 juillet.) — Recherches sur les modifications dans la nutrition du système nerveux produites par la manie, la lypémanie et l'épilepsie, par Mairet. (*Acad. des sciences*, 18 août.) — De la migraine; arthritisme et migraine, par Soula. (*Thèse de Paris*, 27 nov.)

Nez. — De la nature et du traitement de l'ozène, par W. Brugelmann. (*Monatschr. für Ohrenh.*, 5.) — Exploration du nez et du pharynx nasal, par Paul Heymann. (*Deutsche med. Zeit.*) — Rhinolithiase, extraction du calcul, guérison d'accidents d'hémicranie et de coryza remontant à plusieurs années, par Jeff. Bettman. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 août.) — Quelques perfectionnements dans la rhinoscopie et dans le traitement des polypes du nez, par Spencer Watson. (*Lancet*, 23 février.)

Nouveau-nés. — De l'œdème des nouveau-nés, par Gourdin. (*Thèse de Paris*, 27 nov.) — L'eau chaude contre l'asphyxie des nouveau-nés, par Gatchkovski. (*Rousskaia Medicina*, n° 10.)

O

Obésité. — Traitement de l'obésité par les bains chauds et le bain de vapeur russe, par M. Kourloff. (*Vratch*, nos 40, 41 et 42.)

Occlusion intestinale. — Occlusion lente de l'intestin causée par le passage et l'étranglement d'une anse du côlon dans l'orifice de Winslow, par Majoli. (*Rivista clin. di Bol.*, juillet.) — Deux cas d'occlusion intestinale causée par des anomalies congénitales de l'intestin et du péritoine, par Tscherning. (*Nordiskt med. Arkiv*, XV, n° 9.) — Invagination intestinale de longue durée, résistant à toutes les méthodes ordinaires de lavements et guérie par l'ingestion d'une grande quantité de mercure liquide, par A. Young. (*Brit. med. Journ.*, p. 706, oct.) — Etranglement interne par une bride diverticulaire, laparotomie, guérison, par Clutton. (*Lancet*, 17 mai.) — De la persistance des vaisseaux omphalo-mésentériques et de leur rôle dans la production de l'étranglement interne, par Reginald Fitz. (*Am. Journ. of med. sc.*, juillet, p. 30.)

Œil. — Des anomalies congénitales du nerf optique, par Van Duyse. (*Ann. de la soc. de méd. de Gand*, mai.) — Résumé de nos connaissances sur les mouvements de la pupille à l'état physiologique et pathologique, par Quaglino. (*Ann. di ottalmol.*, nos 3 et 4.) — Valeur de l'examen microscopique dans les maladies du système nerveux; remarques sur l'hyperémie du fond de l'œil et l'atrophie du nerf optique dans les maladies du cerveau, par Cornwell. (*Med. Record. New-York*, XXV, n° 23.) — La corélyse, étude clinique et critique du procédé de Forster, par G. Souquière. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Nouvelle méthode de détermination quantitative du sens lumineux et chromatique, par E. Miéville. (*Arch. d'ophtalm.*, mars-avril.) — Distinction des points noirs sur fond blanc, par Charpentier. (*Arch. d'opht.*, mai-juin.) — Un cas de coloboma de la tache jaune, par Remak. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre.) — Un cas de coloboma de la papille du nerf optique, par Remak. (*Ibid.*, août.) — Un cas de névrite aiguë rétrobulbaire périphérique survenu des deux côtés à la fois, par Landesberg. (*Ibid.*, septembre.) — Amaurose passagère attribuée au bromure de potassium, par Bubel. (*Ibid.*, octobre.) — Description anatomique d'un œil atteint d'irido-choroïdite suppurative, par Schafer. (*Ibid.*, juillet.) — L'érythropsie dans l'aphakie, par Benson. (*Opht. Review.*, p. 361, déc. 1883.) — Amaurose urémique, par Friedenwald. (*Med. News.*, 9 août. — De la migraine ophtalmique, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd.*, n° 29, 1883.) — De quelques affections de l'œil, dépendant de désordres primitifs dans la circulation intra et périoculaire, par Rampoldi. (*Ann. univ. di méd. e di chir.*, février.) — Un diagnostic positif de l'hémiéralopie essentielle, par Fontan. (*Arch. de méd. nav.*, n° 4, p. 324.) — Deux cas rares d'ophtalmie sympathique, par W. Dolgencow. (*Weistnik Ophtal.*, mars-avril.) — Traitement opératoire de l'ophtalmie sympathique, par Bell-Taylor. (*Brit. med. Journ.*, décembre 1883.) — Strabisme interne spasmodique, par Ferguson. (*Med. Record, New York*, XXV, n° 23.) — Deux observations d'ophtalmie blennorragique atténuée, par P. Aubert. (*Lyon méd.*, 5 oct.) — L'ophtalmie des nouveau-nés. (*Arch. de Tocologie*, mars-avril.) — Contribution à l'étude de la déchirure du nerf optique, par con-

tusion du globe, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juil.) — Note sur un cas de projection de plomb fondu à la surface de l'œil; pas de lésions graves; simple vascularisation conjonctivale avec un peu de photophobie, par FERRIER. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 247.) — 1° L'arrachement du nerf nasal externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau; 2° Sarcome mélanique de la conjonctive, par LAGRANGE. (*Arch. d'ophtal.*, juillet-août.) — Étude sur les cancers de l'œil, par DRON. (Broch., *Lille.*) — Du mélano sarcome de la région antérieure de l'œil, par G. BORDAS. (In-4°, *Bordeaux.*) — Les bacilles du jéquirity, par BRAILEY. (*Opht. Soc. of Great Britain*, 31 déc. 1883.) — Valeur thérapeutique du jéquirity, par BENSON. (*Ibid.*, 13 mars.)

Œsophage. — Epithélioma du tiers inférieur de l'œsophage, aortite chronique avec propagation au plexus cardiaque, pas d'angine de poitrine, par PARMENTIER. (*Soc. anat.*, 25 janv.) — Cancer de l'œsophage, perforation des bronches par propagation, par SUZANNE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 août.) — Traitement de l'obstruction cancéreuse de l'œsophage par le cathétérisme permanent, par J. CROFT. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XII, p. 45.) — Enlèvement d'un dollar d'argent de l'œsophage avec la pince, par T.-J. SULLIVAN. (*Physician and Surgeon. Ann. Michigan*, VI, 101.) — Un cas d'œsophagotomie, par EDWARD LAWRIE. (*Lancet*, 8 mars.)

Orbite. — Abcès orbitaire communiquant avec le cerveau, par EMRYS JONES. (*Brit. med. Journ.*, 23 fév.) — Un cas d'emphysème du tissu cellulaire orbitaire et palpébral, par HILBERT. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août.) — Tumeur anévrismale de l'orbite, par KNAPP. (*New York med. Journ.* n° 38, 1883.)

Oreille. — Des maladies de l'oreille et de leur traitement, par A. HARTMANN. (2e édit. *Berlin.*) — Guide dans l'étude des maladies de l'oreille, par P. MAC BRIDE. (*Edinburgh.*) — Des différentes espèces de bruits subjectifs et de leur traitement, par LADREIT DE LA CHARRIÈRE. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4, sept.) — Suppléance de l'ouïe chez les sourds par la lecture sur les lèvres, par DUBRANLE. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4, sept.) — Troubles de l'oreille dans l'hystérie et influence de l'hystérie sur la production des maladies de l'oreille, par BLAKE et WALSON. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4, sept.) — Un cas de périostite primitive de l'apophyse mastoïde, par CORNELIUS WILLIAMS, (*Zeitschr. für Ohrenh.*, XIII, 4, p. 291.) — Contribution à l'étude de l'otite moyenne suppurée aiguë, par VICTOR LANGE. (*Copenhague.*) — Abcès du lobe du cervelet consécutif à une otite moyenne, par CAPDEVILLE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 août.) — Gomme du pavillon de l'oreille, par HESSLER. (*Arch. für Ohrenh.*, XX, p. 242.) — Sur l'influence des traumatismes sur l'oreille interne, avec des considérations particulières sur l'hématome de l'oreille, d'après des recherches sur l'oreille du lapin, par EUGEN FRAENKEL. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd.* XCV, *Heft* 1, p. 102, 1884.) — De l'action du sulfate neutre d'atropine sur la marche des otites aiguës chez les enfants, par MIOT. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er août.) — Contribution à la thérapeutique des affections du canal auditif externe, par KESSLER. (*Vratch.*, n° 6.)

Oreillons. — De quelques travaux récents relatifs aux oreillons, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.* n° 30.) — Oreillons et fièvres éruptives, par L. CALMETTE. (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1883.)

Organismes inférieurs. — De la présence des microorganismes dans les tissus vivants des individus sains, par HAUSER. (*Centralbl. für die med.*

Wis., n° 21.) — La génération spontanée, les germes de l'air et les maladies infectieuses, par STASSANO. (*Arch. clin. ital.*, 26 juil.) — Leçons sur les ferments (micrococci) en rapport avec les plaies, abcès et processus septiques, par WATSON CHEYNE. (*Brit. med. j.*, p. 553, sept.) — Les schizomycètes au point de vue médical, par EUG. FOURNIER. (*Gaz. hebd.*, n°s 5, 6, 7 et 9.) — La recherche et le dénombrement des organismes vivants de l'atmosphère. (*Gaz. hebd.*, n°s 22, 23.) — Recherches expérimentales sur la conservation temporaire des virus dans l'organisme des animaux où ils sont sans action, par G. COLIN. (*Acad. des sc.*, 3 nov.)

Os. — L'ostéomyélite spontanée diffuse, par USIGLIO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 46.) — Un cas d'ostéomyélite aiguë multiple, par P. BOTCHAROW. (*Vratch.*, n°s 30, 31 et 33.) — Ostéomyélite aiguë suppurée, par THOMAS JONES. (*The med. chronicle*, nov.) — Nécrose de quatre pouces de long de la diaphyse fémorale, guérison, par J. FERGUSON. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juil., p. 181.) — Traitement chirurgical de la carie du temporal (16 cas), par JACOBY. (*Arch. für Ohrenh.* 21 avr.) — De l'enchondrome des os, par MERCIÉ. (*Thèse de Paris*, 6 nov.) — Subluxation spontanée du gros orteil traitée avec succès par l'ostéotomie métatarsienne, par ARTHUR BARKER. (*Lancet*, 12 avr.) — Du traitement des ankyloses de la hanche par l'ostéotomie, par C. POORE. (*New York med. Journ.*, p. 633.) — Genou varus et valgus, ostéotomie et ostéoclasie, par D'AMBROSIO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 46.) — Ostéotomie dans un cas de genu valgum; blessure de l'artère poplitée, ligature, guérison (chez un enfant de sept ans), par MAC GILL. (*Lancet*, 17 mai.) — Ostéotomie pour un double genou valgus, par LUCCA. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 25.)

Ovariotomie. — Un cas d'ovariotomie suivie de guérison, par M. ROSENHART. (*Méd. Obosrénié*, n° 14.) — De l'ovariotomie, par JAMES HUNTER. (*New York med. journ.*, p. 625.) — Kyste ovarique multiloculaire, ovariotomie. Guérison, par HARTMANN. (*Union méd.*, 10 juillet.) — Ovariotomie double, par CABOT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 août, p. 158.) — Statistique de 50 cas d'ovariotomie, par MEREDITH. (*Brit. med. Journ.*, p. 270, août.)

P

Palais. — Note sur l'excision de la luette par les barbiers persans, par THOLOZAN. (*Bull. Acad. de méd.*, XIII, n° 1.)

Pancréas. — Étude sur le cancer du pancréas, par VERNAY. (*Thèse de Lyon*, n° 236.)

Pansement. — Les ferments et le spray antiseptique, par JOHN CHIENE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 108, août.) — Drainage chirurgical; nouvelle méthode de drainage sous-cutané et d'irrigation, par ROBERTSON. (*The med. Chronicle*, nov.) — Des pansements antiseptiques sur le champ de bataille, par CROOKSHANK. (*Lancet*, 8 mars.) — Du pansement des plaies par la naphtaline, par K. JATZOUTA. (*Vratch*, n° 28.) — La tourbe comme pansement antiseptique, par J. LINDENBAUM. (*Vratch*, n°s 32 et 33.) — Des nouveaux perfectionnements dans l'application du pansement à la tourbe, par

A. Bielzoff. (*Vratch*, n° 39.) — Hydrate de chloral comme antiseptique, par Warner. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 août.)

Paralysie. — De la paralysie pseudo-hypertrophique, par Railton. (*The med. Chronicle*, nov.) — De la paralysie du grand dentelé, par Dixon Mann. (*Lancet*, 2 février.) — Paralysie spinale spasmodique et lathyrisme, par de Renzi. (*Riv. med. dell' Univ. di Napoli*, n° 7.) — Deux cas de paralysie partielle d'origine spinale, par Hulke. (*Lancet*, 19 janvier.) — Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (paralysies par suggestion), par Richer et Gilles de la Tourette. (*Progrès médical*, 29 mars.) — Essai sur les pseudo-paralysies générales, par L. Blache. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Des mouvements choréiformes chez les paralytiques généraux, par J. Sage. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale, par Christian. (In-8°, *Paris*.)

Pathologie. — Éléments de pathologie chirurgicale générale, par F. Terrier. (1er fasc., *Paris*, 1885.)

Paupière. — Étude sur les mouvements normaux des paupières, par Domeck. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Amaurose consécutive à une lésion insignifiante de la paupière supérieure, par Baas. (*Klin. Monastbl. f. Aug.*, août.) — Chancre induré situé à la face interne de la paupière supérieure, par Brinckon. (*Ibid.*, octobre.) — Contribution à l'anatomie du chalazion, par Burchardt. (*Ibid.*, août.) — Traitement du trichiasis et de l'entropion par le thermocautère suivant la méthode de Magni. Modification apportée à son instrument, par Pedrazzoli. (*Riv. clin. di Bol.*, avril.)

Pénis. — Traitement du phimosis sans opération, par J. Richmond. (*Practitioner*, nov.) — Épithélioma du pénis ; amputation, avec transplantation de l'orifice urétral dans le périnée, par Storry. (*Lancet*, 12 janvier.) — Épithélioma du pénis opéré par la méthode de Pearce Gould (transplantation de l'urètre dans le périnée), par Thomas Clarke. (*Lancet*, 26 avril.)

Périnée. — Des muscles et des aponévroses du périnée chez la femme, par Lesshaft. (*Gegenbauer's Morphologisches Jahrb.*, Bd IX, 2 heft,) — Des ruptures centrales du périnée pendant l'accouchement, par L. Litchkous. (*Vratch*, nos 36, 37 et 38.) — Examen du périnée après l'accouchement et suture immédiate en cas de déchirure, par Alloway. (*Americ. journ. of obstet.*, janv.) — De la déchirure du périnée et de son traitement, par W. Duncan. (*Lancet*, 2 fév.) — Périnéorraphie pour rupture complète comprenant le sphincter de l'anus et une partie de la cloison recto-vaginale, par Terrillon. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet.) — Sur le traitement chirurgical des ruptures du périnée, par N. Fénoménoff. (*Vratch*, n° 41.) — Des opérations pour la déchirure du périnée, par Cullingworth. (*The med. Chronicle*, nov.) — Périnéorraphie pour rupture complète comprenant le sphincter de l'anus et une partie de la cloison recto-vaginale, par Terrillon. (*Bull. gén. de thérap.*, juillet.)

Péritoine. — Diagnostic des affections tuberculeuses et carcinomateuses du péritoine, par J. Thomayer. (*Zeit. f. klin. Med.*, *Band* VII, p. 378.) — Des péritonites chroniques dites simples. Revue critique, par A. Delpench. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Dix-sept cas d'opérations gynécologiques avec ouverture de la cavité péritonéale, par S. Zaiaïtzki. (*Méd. Obosrénié*, n° 19.)

Pharmacologie. — Altérations dites spontanées des médicaments chimiques,

causes et phénomènes, moyens de conservation, par F. Gay. (In-8°, *Paris.*) — De l'influence de l'hydrochinone sur l'organisme malade et sain, par R. Rostochinski. (*Protocoli Jambov. Méd. Obsch.*, n° 6.) — Sur la résorcine, par Ernest Labbée. (*Gaz. hebd.*, n° 10.) — Du convallaria maïalis et de la convallamarine, par Ernest Labbée. (*Gaz. hebd.*, n°s 24 et 26.) — De l'action antipyrétique de la kairine, par Alburri. (*Arch. ital. de Biologie*, fasc. II, p. 219.) — Du cascara sangrada, étude clinique et thérapeutique, par Eymeri. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — Étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'euphorbia pilulifera, par Marsset. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la piscidia erythrina, par Legoy. (*Thèse de Paris*, 29 nov.) — De la kola, sterculia acuminata, étude physiologique et thérapeutique, par Monnet. (*Thèse de Paris*, 27 nov.) — L'antipyrine, nouvel antipyrétique, par Maragliano. (*Arch. clin. italiano*, 28 juin.) — Recherches sur les modes d'action de la kairine, par Maragliano. (*Arch. clin. italiano*, 21 juin.) — Des applications thérapeutiques de la kairine, par Maere. (*Ann. de la Soc de méd. de Gand*, juin.) — La kairine en obstétrique, par Guidi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 55.) — Recherches plethysmographiques sur la fièvre et la kairine, par Queirolo. (*Rivista clin. e terap.*, août.) — De la salycine et des préparations salicylées, par Tonoli. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 35.) — Bromhydrate de codéine, par Dott. (*The pharm. journal*, may 17.) — Les sels de narcotine, par David Brown. (*Pharmaceutical journ. and trans.*, 26 janv.) — Rapport sur les préparations pharmaceutiques de la noix vomique, par Dunstan et Short. (*The pharmaceutical journ. and trans.*, 1883 et 1884.) — La chimie et la botanique de la noix vomique indigène de Ceylan, par Dunstan et Short. (*The pharmac. journ. and trans.*, 5 juil.) — Un nouveau glucoside retiré de la noix vomique, par Dunstan et Short. (*Ibid.*, 21 juin.) — Préparation du galazyme ou koumiss artificiel, par Ad. Gibson. (*The pharm. journ.*, 26 janvier.) — Action des métaux sur l'hydrate de chloral, par Cotton. (*Lyon méd.*, 2 nov.) — Préparation économique de l'oxygène, par Plevani. (*Gaz. d. Ospit*, n° 63.) — Sur le dosage de l'acide salicylique, par Blarez. (*Bull. Soc. pharmacie de Bordeaux*, juillet.) — Recherches pléthysphygmographiques sur l'acide sclérotinique et le seigle ergoté, par Queirolo. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 59.)

Phosphate. — La phosphaturie pendant le jour et la nuit chez les hommes sains et dans les affections des os, par W. Raspopoff. (*Rousskaïa Medizina*, n°s 32 et 33.) — Les phosphates dans l'urine des malades atteints d'affections des os, par W. Raspopoff. (*Vratch*, n°s 29, 30 et 33.)

Pied. — Lipome et hypertrophie congénitale du pied, par Blackader. (*Med. News*, 20 sept., p. 328.) — Du pied plat et de sa guérison opératoire, par Alex. Ogston. (*Edinb. med. Journ.*, p. 240, sept.) — Du pied plat et de son traitement par la tarsotomie, par Ogston. (*Lancet*, 26 janv.)

Placenta. — Un cas de placenta prœvia, enfant vivant, mère guérie, par J. Forster. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 août.) — Placenta prœvia : remarques pratiques sur la version en pareil cas, par Keith Norman Macdonald. (*Edinb. med. Journ.*, p. 120, août.) — De l'expulsion du placenta par la méthode de Credé et par la méthode dite expectative, par W. Jipiakoff. (*Vratch*, n°s 36 et 37.)

Plaie. — Des sutures élastiques dans le traitement des plaies, en médecine vétérinaire, par Borlée. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, t. XVIII, n° 4.) — Plaie par arme à feu du côlon et de la base du poumon gauche ; guérison, par Kriekenbeek. (*Edinb. med. Journ.*, p. 213, septembre.

Plèvre. — Etude sur la forme des épanchements pleuraux; moules d'épanchements obtenus par des injections de cire dans la plèvre, par PRIOLEAU. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 148.) — Pleurésies avec épanchement observées dans le service de M. Dieulafoy pendant l'année 1883, par P. BINET. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Pleurésie et thoracentèse, par POTAIN. (*Gaz. des hôpit.*, 22 juillet.) — De la pleurite consécutive aux affections abdominales et en particulier aux abcès sous-diaphragmatiques, par SENATOR. (*Charit. Ann.*, IX Jahrg, p. 311.) — Psorospermies dans un abcès pleural, par KUNTSLER et PITRES. (*Bull. Soc. de biol.*, 2 août.) — Discussion sur le diagnostic précoce et le traitement de l'empyème. (*Assoc. méd. du comté de Perth, in Edinb. med. Journ.*, p. 257, sept.) — Pleurésie purulente d'origine tuberculeuse avec fistule pleuro-bronchique et pneumothorax consécutif; mort, par PRIOLEAU. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 184.) — Pleurésie purulente, thoracentèse, empyème; guérison, par MOMBEL. (*Arch. méd. belges*, février, 2e fasc.) — Extirpation après dix-huit mois de séjour de deux tubes à drainage tombés dans la cavité pleurale, par LITTLE. (*New York surg. soc.; Med. News*, 1er nov., p. 496.)

Poumon. — De l'examen de la poitrine dans l'état sain et dans l'état morbide, par R. THOMPSON, traduit par de Fonmartin. (In-8°, *Paris.*) — De la respiration dans l'emphysème pulmonaire, par GEPPERT. (*Charité Ann.*, IX jahrg, p. 288.) — L'érysipèle et la parotite comme complications de la pneumonie croupale, par RADAKOFF, (*Méd. Obosrénié*, n° 18.) — Pneumonie croupale traumatique, par P. SOLOMINE. (*Méd. Wiestnik*, n° 40.) — Pneumonie infectieuse, par SOLLES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, août.) — De la pneumonie comme maladie infectieuse, par W. OSLER. (*Med. News*, 20 sept., p. 336.) — La pneumonie lobaire aiguë et les maladies infectieuses, par BOTTARI. (*Raccoglitore med.*, juillet.) — Étude sur la paraplégie dans la pneumonie, par BOURGUET. (In-8°, *Montpellier.*) — Rétraction pulmonaire à la suite de la pneumonie chronique, par KINK. (*Wiener med. Woch.*, n° 39, 1883.) — Du traitement de la pneumonie par les bains froids, par GOUMY. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Cancer circonscrit du poumon droit, mort subite, par apoplexie pulmonaire, par VERGELY. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 219.) — De l'action résolutive du calomel à doses refractées dans le traitement de la pneumonie, par DROUX DE CHAPOIS. (*Bull. de thér.*, août.) — Trois cas de plaies pénétrantes de poitrine, par LORKER. (*Wiener med. Presse*, n° 36, 1883.) — Contribution à la question des procédés opératoires dans les maladies des poumons. Quatre cas de bronchectasie. Incision, cautérisation au thermocautère; mort au bout de quatre semaines par E. BULL. (*Nordiskt medic. Arkiv*, t. XV, n° 17.) — Contribution à l'étude du pneumothorax, par SAMUEL WEST. (*Lancet*, 3 mai.) — Pneumothorax idiopathique, par DESMARONE. (*Gaz. des hôpit.*, 2 sept.) — Gangrène pulmonaire, par SUZANNE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 juillet.)

Prostate. — Calculs prostatiques; leur cause probable, par MARTIN. (*Med. News*, 16 août.)

Ptomaine. — Contribution à l'étude des ptomaines, par RAIMONDI. (*Ital. med.*, n° 11.)

Puerpéral (État). — Étude expérimentale sur le virus de la septicémie puerpérale, par TRUCHOT. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — De la fièvre puerpérale, par GEORGE KIDD. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 97, août.) — De l'auto-infection chez les accouchées, par L. LANDAU. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIII, *Heft* 2.) — Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids, par

CHABERT. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Résultats de l'usage des injections vaginales au sublimé corrosif comme moyen préventif de la fièvre puerpérale, par W. SOUTOUGUINE. (*Vratch*, n° 30.) — Des résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affections puerpérales, par J. CHAMBRELENT. (In-8°, 108 p., *Bordeaux*.)

Purpura. — Observation de purpura hémorragique d'origine traumatique, par HARTMANN. (*Rev. de chir.*, sept. 1883.) — Formes et pathogénie du purpura, par P. MERKLEN. (*Gaz. hebdom.*, n°s 40 et 42, 1883.) — Purpura hémorragique (maladie de Werlhof). Endocardite végétante, athérome artériel mort, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1883.)

Pyohémie. — Des indications de l'amputation dans le cours de l'infection purulente, par TERRILLON. (*Gaz. des hôpit.*, 8 juillet.)

R

Rachis. — Étiologie des incurvations rachidiennes, par CHURCHILL. (*Med. Times*, 23 août.) — Leçon sur le traitement des déviations rachidiennes, par LEWIS SAYRE. (*Brit. med. Journal.*, p. 536, sept.) — La cuirasse dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale, par SKLIFOSSOVSKI. (*Vratch*, n° 41.) — Du traitement chirurgical des caries lombaires suppurées, par F. TRÈVES. (*Lancet*, 12 janvier.)

Rachitisme. — Bassin kyphotique compliqué de rachitisme, par M. WOSKRÉSSENSKI. (*Vratch*, n° 41.) — Un cas de rachitisme aigu (rachitisme scorbutique, par RICKMAN GODLEE. (*Lancet*, 12 janvier.) — Un cas de scorbut infantile (rachitisme aigu), par EDMUND OWEN. (*Lancet*, 9 février.) — Observations de rachitisme chez des animaux sauvages, par B. SUTTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, XVIII, juillet.)

Rage. — Un cas de rage développée onze mois après la morsure, par GORDON. (*Lancet*, 22 mars.) — Quelques considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure de rat suivie d'intoxication avec phénomènes nerveux simulant l'hydrophobie et avec purpura à forme intermittente, par MILLOT CARPENTIER. (*Annali universali*, juillet.) — Traitement de la rage par les racines de la spirea filipendula, par BRUNELLI. (*Bull. d. acad. med. di Roma*, n° 3.)

Rectum. — De la déviation complète du cours des matières intestinales appliquée au traitement des cancers du rectum, par LAGUAITE. (*Thèse de Lyon*, n° 240.) — Lésions dysentériques avec rétrécissement du rectum, par FERRIER. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 81.) — Cancer du rectum; formation d'une fistule entre la cavité du rectum et la cavité péritonéale, péritonite; mort, par DIGNAT. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 137.) — Trois opérations de cancer du rectum suivies de succès, par HARRISON CRIPPS. (*Lancet*, 26 avril.) — Absence congénitale de l'extrémité inférieure du rectum, passage des fèces par le pénis; opération, guérison; par FRANCIS SPHEPHERD. (*Edinb. med. Journ.*, p. 118, août.)

Réflexe. — Sur le phénomène du réflexe tendineux, par GOWERS. (*Medicina contempor.*, febbr.)

Rein. — Étude physiopathologique sur les capsules suprarénales, par TIZZONI.

(*Gaz. d. Ospitali*, n° 50.) — Lésions microscopiques du rein dans la néphrite albumineuse, par CORNIL. (*The practitioner*, nov.) — De la néphrite parenchymateuse aiguë, par TYSON. (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 août.) — Du début de la néphrite, par J. FISCHL. (*Zeit. f. Heilk.* Bd, V, Hft. 1, p. 51.) — Néphrite interstitielle aiguë chez une nourrice, par VERGELY. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 209.) — Néphrite ou maladie cérébrale, par S. WEST. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XIX, p. 221.) — Des variétés de dyspnée dans la maladie de Bright, par HOWARD. (*Med. News*, 20 sept., p. 333.) — Quelques notes sur l'anurie, par MANDILLON. (*Bull. de la soc. de méd. de Bordeaux.*) — Tubercules du rein gauche et de la vessie, par CANAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*, 31 août.) — Fait de kyste du rein, par FRAENKEL. (*Charité-Annal.*, IX, *Jahrg.*, p. 179.) — Action du chloral dans l'albuminurie, par BARDUZZI. (*Comment. clin. d. mal. d. org. gen. urin.*, mars-avril.) — La néphrectomie dans le rein mobile, par CECCHERELLI. (*Rivista clin. di Bol.*, avril.) — Néphrectomie chez un enfant, par GODLEE. (*Clin. soc.; Med. Times*, 1er nov.) — Néphrectomie pour une pyélite calculeuse, par SALOMONI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 70.) — Tumeur du rein; néphrectomie; mort, par JOWERS. (*Lancet*, 5 janvier.) — Des traumatismes du rein, par CLEMENT LUCAS. (*Lancet*, 19 avril.) — Des méthodes pour pratiquer les opérations sur le rein, par HENRY MORRIS. (*The Lancet*, 15 mars.) — Cancer des capsules surrénales sans coloration bronzée de la peau, par ARNOZAN. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux.*, IV, p. 215.)

Résection. — Deux cas de résection articulaire chez de jeunes enfants, par SYMONDS. (*The Lancet*, 15 mars.) — Résection du coude, par FERRIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 sept.) — Résection de la tête du fémur pour une luxation spontanée, par W. ADAMS. (*Royal med. soc.; Med. Times*, 1er nov.) — Pseudarthrose fibreuse du fémur, traitée avec succès par la résection et la suture des os, par L. MATHIEU. (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1883.) — Résection de l'articulation du genou; guérison avec conservation parfaite des mouvements de la jointure, par ANDREW BONTFLOWER. (*Lancet*, 17 mai.) — Résection successive des deux genoux; guérison, par O'CONNELL RAYE. (*Lancet*, 3 mai.)

Respiration. — Considérations sur le fonctionnement du centre respiratoire, par MURRI. (*Rivista clinica di Bologna*, n° 5.) — Action de l'acide salicylique sur la respiration chez l'animal sain et chez le typhique, par BERT. (*Soc. de Biol.*, 21 juin.)

Rétine. — Du colobome central ou maculaire, par VAN DUYSE. (*Annales d'oc.*, janvier-février.) — Des rapports qui existent entre les troubles dans la perception des couleurs et les maladies de la rétine et du nerf optique, par JACOBSON. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, octobre.) — Amaurose consécutive à une rétinite albuminurique, par HIRSCHBERG. (*Ibid.*, août.) — Commotion de la rétine. Diminution de l'acuité visuelle, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Klinische Monastbl. f. Augenheilk.*, juin.) — Amaurose traumatique temporaire binoculaire par commotion rétinienne, par CALDERONE. (*Rivista clin. di Bol.*, juillet.) — Anatomie et physiologie pathologique de la rétinite pigmentaire, par GUAITA. (*Ann. di Ottalm.*, XIII, p. 229.) — Décollement de la rétine chez un homme de 70 ans, cécité complète, guérison par l'opération de Wolfe, par Mac GREGOR ROBERTSON. (*Med. Times*, 27 sept.) — Traitement du décollement rétinien, par FORTUNATI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 47.)

Rhumatisme. — De la pathogénie du rhumatisme et de la valeur de la théorie spinale, par NOTTA. (*Union médicale*, 24 juin.) — Essai sur la fièvre rhumatismale sans manifestation articulaire, observée chez les enfants, par LEROY. (*Bull. méd. du Nord.*, mai-juin.) — Sur une forme de détermination

rhumatoïde qui survient chez les rhumatisants sous l'influence de la fatigue, par A. Mathieu. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Des nodosités sous-cutanées rhumatismales, par L. Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd.*, n° 15.) — Nodosités sous-cutanées, par Kingston Fowler. (*Lancet*, 19 janvier.) — Des pseudo-rhumatismes infectieux, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd.*, n° 34, 1883.) — Discussion sur la plaie nosologique du rhumatisme noueux, par Dyce Duckworth. (*Brit. med. J.*, p. 263, août.) — Du rhumatisme secondaire dysentérique, par Fradet. (*Thèse de Paris*, 10 nov.) — Sur le rhumatisme articulaire aigu compliqué de signes de fièvre désigné par Levi. (*Gaz. med. ital. prov. Venise*, n° 34.) — Un cas de rhumatisme cérébral, par Pennati. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 31.) — Rhumatisme et fièvre thyphoïde, par Finlay. (*Lancet*, 12 avril.)

Roséole. — De la roséole idiopathique ou rubéole, par Bourneville et Bricon. (*Progrès médical*, 28 juin, 12-19 juillet.)

S

Salive. — Calcul salivaire volumineux; extirpation de la glande sous-maxillaire, par Chauncy Puzey. (*Lancet*, 8 mars.) — Recherche du sulfocyanure de potassium dans la salive humaine, par Florain. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 juillet.)

Sang. — De la numération des globules rouges chez l'homme sain et malade, par G. Toenniessen. (*Thèse d'Erlangen*, 1881.) — Remarques à propos du travail précédent sur la numération des globules rouges dans les maladies par Franz Penzoldt. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 32, p. 457, 8 août 1881.) — Modification du sang par agitation avec des substances insolubles, par Meltzer et Welch (communic. préalable). (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 41.) — Méthode facile pour apprécier la capacité respiratoire du sang, par Maragliano. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 58.) — La substance fibrinogène et la coagulation du sang, par Rey. (*Bull. d. Accad. di med. di Roma*, n° 4.) — De l'action anticoagulante du peptone sur le sang, par Gley. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — De la répartition du sang circulant dans l'économie (poumons, encéphale, muscles), par E. Spehl. (*Thèse d'agrégat.*, *Bruxelles*, 1883.) — Recherches nouvelles de Hayem, sur la transfusion péritonéale, par Torre. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 50.) — Des parasites du sang, par Cobbold. (*Lancet*, 26 janvier.) — Recherches sur les bactéries du sang humain, par G. von Hofmann. (*Berlin.*) — Dissertation sur la saignée, par Brugnier. (*Journ. de méd. de l'Algérie.*)

Sarcome. — Quelques mots sur le traitement chirurgical du fibro-sarcome kéloïde, par A. Féoktistoff. (*Vratch*, n° 43.) — Sarcome de la région sus-hyoïdienne; opération. Mort rapide. Généralisation du néoplasme aux poumons, par Valude. (*Progrès médical*, 2 août.) — Sarcome globo-cellulaire périostique pulsatile de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Lagrange. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 20 juillet.) — Énorme sarcome kystique de la hanche gauche, par Ewing Mears. (*Philad. Acad. of surg.*, *Med. News*, 8 nov.) — Sarcome chondro-ostéoïde, par A. Moïsséiéff. (*Trondi méd. sectzii obsch. opitn. naouk. Charkow.*)

Saturnisme. — De l'amaurose saturnine, par Weber. (*Thèse de Paris*, 14 novembre.) — Sur un cas d'amblyopie saturnine, par Formiggini. (*Rivista*

clin. di Bol., juin.) — Encéphalopathie saturnine avec paralysie généralisée, par König. (*Charité. annal.*, IX, *Jahr.*, p. 154.) — Un cas de mésentérite chez un saturnin, par Galvagni. (*Riv. clin. di Bologna*, mars.)

Scarlatine. — Un cas de scarlatine puerpérale, par T. Parvin. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 179.) — Néphrite scarlatineuse aiguë, anasarque, convulsion, mort : Amélioration momentanée sous les influences du drap mouillé, par W. Day. (*Brit. med. Journ.*, p. 1247, juin.)

Sclérodermie. — Sclérodermie type de la face, du cou et des extrémités. Mort par accidents urémiques probables, par Poisson. (*Ann. de derm. et de syphil.*, mars.)

Sueur. — Travaux récents sur la fonction sudorale, par F. Frank. (*Gazette hebd.*, nos 14 et 16.) — Contribution à l'étude de la dyshydrose. Revue critique d'après G. et F.-E. Hoggan, par A. Doyon. (*Ann. de derm. et de syph.*, février.) — Semelles contre la transpiration des pieds, par Martin. (*Bull. de thér.*, juillet.)

Syphilis. — De la transmission de la syphilis aux animaux, par Petrone. (*Gaz. med. It.-Lomb.*, n° 31.) — Essais de transmission de la syphilis au porc, par Horand et Cornevin. (Résultats négatifs.) (*Ann. de derm. et de syph.*, juin.) — Le dualisme en syphiligraphie, par P. Diday. (*Ann. de derm. et de syph.*, janvier et février.) — Syphilis héréditaire tardive, lésions osseuses multiples, par F. Dreyfous. (*Ibid.*, p. 709, 1883.) — Note sur un cas de syphilis tertiaire. Influence du traumatisme et de l'anémie des pays chauds sur la détermination et la marche des accidents syphilitiques, par E. Chambard. (*Ibid.*, janvier.) — Syphilis et traumatisme, par Picqué. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 août.) — De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement, par Mlle Mesnard. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Syphilis cérébrale à forme céphalalgique, sans paralysie; gomme du cerveau occupant la région temporo-pariétale gauche. par Arthur Price. (*Lancet*, 16 février.) — Formes cliniques de la syphilis cérébrale, par H. Wood. (*New York med. Journ.*, p. 287.) — Ataxie locomotrice avec insuffisance aortique. Syphilis. Sclérose des cordons postérieurs. Scléroses viscérales. Artério-sclérose généralisée, par Duplaix. (*Ann. de derm. et de syph.*, avril.) — Du purpura syphilitique, par Ciattaglia. (*Bull. d. Acad. di med. Roma*, n° 4.) — Étude sur un cas d'hématurie paroxystique syphilitique, par Mannino. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 65.) — Gommes syphilitiques du larynx, par Latouphis. (*Thèse de Paris*, 27 nov.) — Ulcération syphilitique du palais et du pharynx, par Proudfoot. (*Med. News*, 20 septembre, p. 329.) — Ulcération syphilitique du voile du palais, division, staphylorraphie, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 11 sept.) — Chancre induré de la conjonctive palpébrale, par Demets. (*Ann. de la soc. de méd. de Gand*, juillet.) — Des affections oculaires et en particulier de la rétinite dans la syphilis, par Schenkl. (*Zeitschr. f. Heilk.* Bd. IV, *Hft.* 6, p. 432.) — Iritis syphilitique, par Monte. (*Riv. clin. dell'Univ. di Napoli*, n° 7.) — Albuminurie dans le cours d'une syphilis secondaire, par de Sinéty. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 sept.) — Valeur de l'excision du chancre syphilitique, par Barduzzi. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, n° 4.) — Des divers modes de traitement de la syphilis tertiaire, par A. Boyer. (In-8°, *Bordeaux*.) — Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. Quelques formules nouvelles, par Streitz. (*Arch. de méd. nav.*, août.)

T

Tænia. — Un cas de tænia flavopunctata chez l'homme, par J. Leidy. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 110.) — Cinquante cas de tænia, par Friis. (*Nordiskt med. Arkiv*, fasc. IV, n° 6.)

Taille. — De ta taille hypogastrique, par Godefroy. (*Thèse de Lille*, n° 59, 1883.)

Température. — Mécanisme de la chaleur fébrile, par W. Withers Moore. (*Brit. med. Journ.*, février.) — De la soif comme cause de l'élévation de température de l'organisme animal; par F. Franchine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1883.) — Nouveau procédé pour la mensuration du sens de la température, par Eulenburg. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 32.) — Les simulations thermométriques, par Longuet. (*Union méd.*, 22 juin.)

Tendon. — Dégénérescence sarcomateuse des tendons fléchisseurs, par Richard Schultz. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCV, Heft. 1, p. 122 et 123.) — Synovite fongueuse des gaines des tendons, par P. Reclus. (*Gaz. hebd.*, n° 31, 1883.) — Contribution à l'étude des affections du tendon d'Achille. Cellulite péritendineuse du tendon d'Achille. Fibrome double du tendon d'Achille. Observations, par Kirmisson. (*Arch. gén. de médecine*, janvier.)

Testicule. — Hydrocèle, injection de chlorure de zinc au 10e, guérison très rapide, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 août.) — Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques, par Mehling. (*Thèse de Montpellier*, n° 60, 1883.) — Sur l'hématocèle vaginale, par L. Roché. (*Thèse de Lyon*, juillet.) — Hématocèle dans un kyste du cordon avec prolongement abdominal, incision, grattage, décortication, par Routier. (*Progrès méd.*, 5 juillet.) — Tumeur maligne du testicule, par Terrillon. (*Progrès médical*, 16 avril.) — Deux cas de testicules tuberculeux avec des symptômes anormaux, par Walsham. (*Brit. med. Journ.*, mai, p. 855.)

Tétanos. — Tétanos idiopathique (a frigore), par Cureton. (*Lancet*, 8 mars.) — Sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral, par Maestrati. (*Thèse de Paris*, 3 nov.) — Tétanos rhumatismal guéri par l'usage de la paraldéhyde à hautes doses, par Ottavi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 65.) — Du veratrum viride et du gelsemium dans le traitement du tétanos, par Harris. (*Med. Record New York*, XXVI, n° 2.)

Thérapeutique. — Lexique thérapeutique, par Axel Winckler. (*Leipzig.*) — L'eau de bois de gaïac et les cures dépuratives au XVIe siècle, par Corradi. (*Annali universali*, juillet.) — Essai sur la thérapeutique par le chlorhydrate de kairine, par Drély. (*Thèse de Lyon*, n° 241.) — Du chlorure d'or et de sodium dans quelques affections nerveuses, par R. Bartholow. (*Med. News*, 2 août.) — De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue. (*Union méd.*, 2 avril.)

Thorax. — Études sur le thorax normal de l'homme, par Truc. (*Lyon méd.*, 3 août.)

Thyroïde. — Les nouvelles recherches sur le rôle physiologique du corps

thyroïde, par Y. Tch. (*Méd. Wiéstnik*, n° 40.) — Du goitre et de ses variétés, par TERRILLON. (*Gaz. des hôpit.* 2 sept.) — Deux cas de goitre traités avec succès par l'application d'un séton, par HENRY SMITH. (*Lancet*, 5 janv.) — Contribution à l'étude du goitre exophtalmique, par BLACHEZ. (*Gaz. hebd.*, n° 32, 1883.)

Trachée. — Du traitement consécutif à la trachéotomie, par ASTLEY GRESSWELL. (*Lancet*, 19 janvier.) — Sur une variété de canule à trachéotomie, par N. OUNKOVSKI. (*Vratch*, n° 29.)

Transfusion. — Essai sur la valeur respective de la transfusion du sang et des injections qu'on propose de lui substituer, par J. FOURNAC. (*Thèse de Montpellier.*) — De la transfusion directe du sang vivant, par ROUSSEL. (*Progrès méd.*, 24-31 mai.) — Hémorragie utérine rebelle : transfusion du sang, par VLEMINCK. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, t. XVIII, n° 4.) — — Observation de transfusion du sang chez un brightique atteint d'hémorragies graves multiples ; arrêt de la perte sanguine, par F. BOMPAR et L. DULAC. (*Gaz. hebd.*, n° 9.)

Trépanation. — Trois cas de trépanation du crâne, par WRIGHT et POLLARD. (*Lancet*, 23 février.) — Fracture du crâne ; trépanation ; guérison, par ARTHUR WATSON. (*Lancet*, 5 janvier.)

Tuberculose. — Développement du bacille de la tuberculose dans les bouillons de culture, par WILLIAMS. (*Proceed. of the royal soc.*, XXXVI.) — Le bacille de Koch au point de vue clinique, à propos de la communication de M. G. Sée à l'Académie de médecine, par TALAMON. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Recherche des bacilles dans les produits tuberculeux crétacés, par DÉJERINE. (*Bull. Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Expériences comparatives sur l'inoculabilité de la scrofule et de la tuberculose de l'homme au lapin et au cobaye, par ARLOING. (*Acad. des sciences*, 20 oct.) — Etude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine, par GOMBAULT et CHAUFFARD. (*Soc. méd. des hôpit.*, 20 août.) — Les différents aspects de la phtisie dans la famille, étude au point de vue de l'hérédité et des assurances sur la vie, par THOMPSON. (In-8°, *Londres.*) — Influence de l'hérédité et de la contagion sur la propagation de la tuberculose ; garantie contre les effets nocifs de la viande et du lait d'animaux tuberculeux, par LYDTIN, FLEMMING et HERTSEN. (In-8°, *Londres.*) — Scrofule et tuberculose, par GRANCHER. (*Union méd.*, 21 août.) — La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie, par VALLIN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juillet.) — La prophylaxie de la tuberculose, par ZUBER. (*Gaz. hebd.*, n° 22.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par CELLI et GUARNIERI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 64.) — Les stades prémonitoires de la tuberculose, par G. GIBSON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 208, sept.) — Sur la fièvre de résorption des phtisiques, par ROLLAND. (*Thèse de Lyon*, juin.) — Note sur les cas douteux ou marqués de tuberculose cérébrale, par BRISTOWE. (*Brit. med. Jour.*, avril.) — Des accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale, par TORKOMIAN. (*Thèse de Paris*, 14 nov.) — De la méningite tuberculeuse survenant à la suite d'opération chez les tuberculeux, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 5-12 juillet.) — Un cas de phtisie pulmonaire notablement amélioré depuis l'apparition d'un pneumothorax, par BIANCHI. (*Rivista clin. di Bol.*, juillet.) — Pachyméningite cervicale tuberculeuse, par CHANTEMESSE. (*Prog. méd.*, 24 février.) — Hydropneumothorax chez un tuberculeux, par DIGNAT. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 68.) — Un cas de phtisie influencée favorablement par l'intoxication avec l'huile de térébenthine, par LIÉBEDEFF. (*Med. Obosrénié*, n° 13.) — Etudes expérimentales sur la thérapeutique de la tuberculose, par BRUG-

NATELLI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 69.) — Considérations sur le traitement antivirulent de la phtisie, par G. SÉE. (*Bull. de thérap.*, août.) — De l'iodoforme dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par FRANCHINI. (*Giorn. di med. mil.* juillet.) — De la médication arsénicale dans la phtisie pulmonaire. Conclusions défavorables, par LEYDEN. (*Charité-Annal.*, IX Jahrg, p. 164.)

Tumeur. — Statistique de 10,100 cas de tumeurs envisagées au point de vue du sexe des malades, par WILLIAMS. (*Lancet*, 24 mai.)

Typhoïde (fièvre). — Parallèle à établir entre le virus de la fièvre typhoïde et celui de la diphtérie, par GASPARINI. (*Gaz. med. ital. Lombardia*, n° 23.) — Les oscillations de l'endémie de fièvre typhoïde à Paris en rapport avec la quantité de pluie tombée et les conditions de la canalisation de la ville, par PAGLIANI. (*Arch. ital. de biol.*, IV, fasc. 1.) — Etude sur la fièvre typhoïde chez les vieillards, par MICHEL. (In-8°, *Montpellier.*) — Des divers modes de début de la fièvre typhoïde, par LOUIS BOIS. (In-8°, *Lyon.*) — De l'angine ulcéreuse et du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.*, n° 25, 1883.) — Fièvre typhoïde; mort subite au seizième jour, myocardite et endartérite, influence de la grossesse, par GIRAUDEAU. (*Gaz. hebd.*, n° 33, 1883.) — Abcès du cerveau dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, par DESCHAMPS. (*Soc. anat.*, 7 mars.) — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde suivie de guérison, par W. STANGUÉ. (*Vratch*, n° 43.) — Ulcérations et perforation des follicules isolés du gros intestin dans le cours d'une fièvre typhoïde, par BARTH. (*Soc. anat.*, 15 février.) — Péritonite circonscrite dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, par DALCHÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 23 août.) — Fièvre typhoïde compliquée de méningite suppurée et de perforation de la vessie, par RUSSELL. (*Brit. med. Journ.*, p. 67, juillet.) — Purpura dans le cours de la fièvre typhoïde, par THOMAS BARLOW. (*Lancet*, 26 avril.) — De l'aliénation mentale comme complication immédiate ou tardive de la fièvre typhoïde, par PREVOST. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Observation d'hématurie dans le cours d'une fièvre typhoïde, par H. FISCHER. (*Med. News*, 18 oct.) — Des périostites consécutives à la fièvre typhoïde, par TERRILLON. (*Progrès méd.*, 12 avril.) — Sur le traitement antiseptique des maladies infectieuses en général et de la fièvre typhoïde en particulier, par WARFWINGE. (*Nordiskt med. Arkiv*, t. XV, n° 16.) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par les bains froids, par SIDNEY COUPLAND. (*Lancet*, 23 fév.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté, par GRILLIÈRE. (*Thèse de Paris*, 6 nov.) — De la fièvre typho-malariale, par R. BARTHOLOW. (*Med. News*, 13 sept.)

U

Ulcère. — Traitement des ulcères des membres inférieurs par le sparadrap au minium, par GOUREAU. (*Bull. de thérap.*, août.) — Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices; application de ce procédé à d'autres variétés d'ulcères chroniques, par CHEVALIER. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Ulcère perforant du pied chez un enfant, par Edmond OWEN. (*Lancet*, avril.) — Ulcère de jambe de cause accidentelle chez un athéromateux, autopsie. Lésions musculaires et nerveuses, par ARNOZAN et BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 juil.)

Urée. — L'urée est un poison; mesure de la dose toxique dans le sang, par QUINQUAUD. (*Acad. des sc.*, 25 août.) — Note sur l'action de l'urée, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 19 juil.)

Urètre. — Les maladies de l'urètre chez la femme, par BARDUZZI. (*Comment. clin. della mal. d. org. genito-urin.*, mars-avril.) — Tumeurs vasculaires douloureuses du méat urinaire chez la femme, par ANDRONICO. (*Ibid.*, mars-avril.) — De l'hérédité de l'hypospadias et de sa transmission par atavisme indirect, par Alfred LINGARD. (*Lancet*, 19 avril.) — De l'influence de l'hypertrophie prostatique sur les rétrécissements de l'urètre, par LIÉNARD. (*Thèse de Lyon*, n° 234) — Extirpation d'un cathéter brisé dans l'urètre, par MYERS. (*Med. News.*, 27 sept., p. 359.) — Du traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation immédiate progressive, par P. DESMONS. (*Thèse de Lille*, n° 67.)

Urine. — Note sur les pigments de l'urine, par Nicolas DURANTY. (In-8°, *Marseille.*) — L'examen microscopico-chimique de l'urine au point de vue de ses principales altérations morbides, par O. PUHLMANN. (3e édit. *Berlin.*) — Analyse microscopique des urines d'un malade atteint de pyélite chronique consécutive à une opération de taille, par KUNSTLER. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 215.) — Rétention d'urine par suite de rétroflexion de l'utérus gravide, par M. PARGAMINE. (*Vratch*, n° 43.) — Du traitement de l'incontinence nocturne d'urine (réveil par appareil électrique), par ANDERSON. (*Australian med. Journ.*, mars.) — De l'urine dans les dermopathies, par GAMBERINI. (*Giorn. Ital. d. mal. ven.*, n° 3.)

Urticaire. — L'urticaire comme cause d'avortement, par RADCLIFFE. (*Med. News*, 30 août.)

Utérus. — Développement de l'utérus jusqu'à sa naissance, par LEGAY. (*Thèse de Lille*, n° 65.) — Etude sur l'endométrite, par MARY-PUTNAM JACOBI. (*New York med. journ.*, p. 557.) — De la métrite parenchymateuse, par TERRILLON. (*Progrès méd.*, 21 juin.) — De la paramétrite et de la cellulite pelvienne, par KIRK. (*Ann. d'Ostetricia* nos 6 et 7.) — Traitement des déplacements utérins par les tampons médicamenteux, par Robert BELL. (*Lancet*, 12 avril.) — 4 observations de myomes utérins, par GARDNER. (*Med. News*, 20 sept., p. 334.) — Fibromes multiples de l'utérus, accouchement à terme, péritonite septique, par HIRIGOYEN. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 175.) — Enucléation d'un fibrome utérin entre le second et le troisième stade de l'accouchement, par FARRAND FRY. (*Lancet*, 8 mars.) — De la valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus pour les indications et le pronostic de l'hystérotomie, par POZZI. (*Ann. de gynécol.*, juil.) — Laparotomie, extirpation d'un cystofibrome de l'utérus d'un petit kyste du ligament large, des deux ovaires et des trompes, par MANNING SIMONS. (*Med. News*, 20 sept.) — Myomes utérins considérables, hystérotomie, phénomènes d'anurie, péritonite, mort, par P. BERTHOD. (*Soc. anat.*, 29 fév.) — Corps fibreux de l'utérus; hystérotomie abdominale. Guérison, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 juil.) — Hystérotomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérant au corps fibreux; guérison, par S. POZZI. (*Gaz. méd. de Paris*, 12 juil.) — Hystérectomie sus-vaginale, réflexions sur le traitement du pédicule utérin, par GROSS. (*Rev. méd. de l'Est.*) — Laparohystérectomie partielle, par K. SLAVIANSKI. (*Vratch*, n° 18.) — Du cancer de l'utérus gravide et de son traitement chirurgical, par COROENNE. (*Thèse de Lille*, n° 76.) — Cancer du col utérin, amputation avec l'anse galvano caustique, guérison sans récidive depuis plus d'un an, par FRAIPONT. (*Ann. Soc. méd. chir. Liège.*) — De la conduite à

tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par BARBULÉE. (*Thèse de Paris*, 29 nov.)

V

Vaccin. — Le vaccin pilifère, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 26 oct.) — Le service de vaccination animale à Lyon, mode de production de récolte et de conservation du cowpox, par LECLERC. (In-8°, *Lyon.*). — De la vaccination par injection sous-épidermique, par A. BOURGEOIS. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril.) — Étude des contaminations vaccinales, par JOSSERAND. (*Thèse de Lyon*, n° 231.)

Vagin. — Guérison du rétrécissement vaginal par l'application d'un lambeau cutané sur la paroi vaginale, par CREDÉ. (*Arch. f. Gynæk.*, XXII, Heft. 2.)

Variole. — De l'influence des hôpitaux de varioleux sur l'extension de la variole, par EDWARD WILSON. (*Lancet*, 9 février.) — Sur la médication éthérée, opiacée dans la variole, par TENNESON. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet.)

Veine. — Thrombose de la veine cave inférieure, par MANSELL MOULLIN. (*Lancet*, 1er mars.) — Dénudation de la veine axillaire consécutive à l'extirpation de ganglions dégénérés dans un cas de cancer du sein, phlébite, mort par infection purulente, par VARNIER. (*Soc. anat.* 25 janv.)

Vessie. — Sphacèle de la vessie chez un diabétique, par TRONCHET. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, IV, p. 52.) — Fracture du bassin; rupture de la vessie; cystotomie médiane; mort, par REGINALD HARRISON. (*Lancet*, 3 mai.) — Papillome de la vessie chez l'homme; extirpation par la boutonnière périnéale; guérison, par HENRY MORRIS. (*Lancet*, 26 avril.) — Hématurie, taille médiane, extirpation d'une tumeur cancéreuse de la vessie, guérison, par GODLEE. (*Med. Times*, 27 sept.) — Un cas de calcul vésical chez la femme; vessie à cellules, par CADGE. (*Lancet*, 5 janvier.) — Calcul vésical chez une petite fille de trois ans et demie; lithotritie; guérison, par LUNN. (*Lancet*, 1er mars.) — Note sur le lavage de la vessie, par COLLINS. (*Lancet*, 2 fév.)

Vision. — Nouvel appareil pour la détermination de l'angle de convergence des lignes visuelles, par W. ZEHENDER. (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet.) — Les théories de la perception des couleurs, par SWAN M. BURNETT. (*Am. Journ. of med. sc.*, juillet, p. 70.) — De la dislocation mécanique des images persistantes, par LE ROUX. (*Acad. des sciences*, 13 oct.)

Vulve. — Molluscum simple ulcéré de la grande lèvre, par BLOCQ. (*Progrès médical*, 30 avril.)

X

Xanthome. — Xanthome multiple de la peau avec les diverses variétés de l'affection, par HARDAWAY. (*Med. News*, 6 septembre.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

Du 15 octobre 1884 au 15 janvier 1885.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Guide du médecin et du pharmacien de réserve, de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par le Dr A. Petit, médecin aide-major de 1re classe attaché à la division du service de santé du 16e corps d'armée. Un joli vol. in-18, cartonné diamant, de 300 pages, avec figures dans le texte et planche en chromolithographie hors texte. — Prix : 5 francs.

Manuel pratique de médecine mentale, par le Dr E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, avec une préface par M. Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 jésus, cartonné diamant, de 610 pages. — Prix : 7 fr. 50.

Traité pratique des maladies des organes sexuels, par le Dr Langlebert, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 jésus, cartonné diamant, de 600 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 7 francs.

Mémoires d'ophtalmoscopie, infiltration vitreuse de la rétine et de la papille, par le Dr J. Masselon, promier chef de clinique du professeur de Wecker. Grand in-8°, avec 12 dessins photographiques. — Prix : 4 francs.

De l'influence du paludisme sur les organes génitaux de l'homme, par le Dr Girerd, médecin de la Compagnie du canal interocéanique. In-18, de 90 pages. — Prix : 3 francs.

Recherches dynamométriques sur l'état des forces chez les hémiplégiques, par le Dr Paul Dignat. In-8° de 125 pages, avec tableaux dans le texte. — Prix : 4 francs.

Choléra, moyen d'en arrêter la propagation et d'en préserver les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales, par Girard de Caudemberg, avec une préface par le Dr Charles de Caudemberg. In-8° de 38 pages. — Prix : 1 franc.

Du noyau dans les cellules végétales et animales, structure et fonctions, par Lucien Courchet, licencié ès sciences naturelles. In-8° de 181 pages. — Prix : 4 francs.

Des applications nouvelles à la thérapeutique pendant l'année 1883, par le Dr Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 franc.

Altérations dites spontanées des médicaments chimiques, causes et phénomènes, moyens de conservation, par François Gay, pharmacien supérieur préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. In-8° de 136 pages. — Prix : 3 francs.

Éloge de F.-E. Renaudin lu à la séance publique annuelle de la Société

médico-psychologique du 28 avril 1884, par le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, médecin de la Maison nationale de Charenton, etc. In-8°. — Prix : 1 franc.

Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation, par le Dr A. Jousset, ancien médecin de la marine, lauréat de l'Académie de médecine, etc. Un vol. in-8° de 460 pages, avec 16 planches hors texte, et 220 tableaux dans le texte. — Prix : 10 francs.

Étude sur l'hydropneumopéricarde médical, par Clément Armedey. In-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs.

Étude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte : atropine, morphine et chloroforme, par le Dr Félix Colombel. In-8°. — Prix : 3 francs.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus (d'après la méthode du Dr Apostoli), par le Dr Lucien Carlet, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis. Médaille de bronze de l'Assistance publique. Un vol. in-8° de 260 pages, avec une figure dans le texte. — Prix : 4 francs.

Librairie **Asselin** et **Houzeau**, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce Duckworth, agrégé du collège Royal de médecine de Londres, ouvrage traduit de l'anglais et annoté par le Dr A. Sordes, précédé d'une préface de M. le professeur B. Ball. In-8° de 75 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par le Dr Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-4°, avec 50 planches de grandeur naturelle. — Prix : 5 francs.

Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par le Dr Paul Coudray, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté. 1 vol. in-8°, de 108 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse), par Enrique de Argaez, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie des sciences de Cadix. Grand in-8° jésus. — Prix : 4 francs.

Contribution à l'étude des maladies de la peau, l'eczéma, par le Dr L. Deligny, ex-interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société française d'hygiène. 1 vol. in-8° de 120 pages. — Prix : 3 francs.

Recherches expérimentales sur la rage et sur son traitement, par P. Gibier, avec une préface de M. H. Bouley, de l'Institut. In-8°, avec 1 planche en chromolithographie. — Prix : 3 fr. 50.

Étude sur le choléra, par Gibier, d'après un rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur, sur l'épidémie de 1884, dans l'arrondissement de Brignoles (Var). — Prix : 1 fr. 50.

Librairie **Adrien Delahaye** et **Émile Lecrosnier**,
Place de l'École-de-Médecine.

Traite complet d'ophtalmologie, par les Drs L. de Wecker et G. Landolt. — *Anatomie microscopique*, par les Prs A. Ivanoff, G. Schvalbe et W. Wal-

DEYER. — Tome IIe, 2e fascicule : *Maladies du tractus uréal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome*, par L. DE WECKER. 1 vol. in-8° de 600 pages avec 105 figures intercalées dans le texte (*Gratis pour les souscripteurs*). Le 3e et dernier fascicule paraîtra fin novembre. — Prix de l'ouvrage complet, 3 forts volumes in-8°, avec environ 800 figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix : 51 francs.

Chaque volume se vend séparément 17 francs.

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies, par le Dr DESPREZ. In-8°. — Prix : 75 centimes.

La vérité sur le choléra, précautions à prendre pour éviter sûrement le fléau, et moyens radicaux pour le guérir, par un ancien médecin de la marine. In-8°. — Prix : 50 centimes.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par le Dr A. OLLIVIER. In-8°. — Prix : 50 centimes.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1883-1884), par S. JACCOUD, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°, avec 12 figures intercalées dans le texte. — Prix : 13 francs.

Traité d'électrothérapie, par le Dr W. ERB, professeur à l'Université de Leipzig, ouvrage traduit de l'allemand par le Dr RUEFF. 1 vol. in-8°, avec gures intercalées dans le texte. — Prix : 13 francs.

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker, par le Dr Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, par le Dr CASTRO-SOFFIA. In-8°. — Prix : 3 francs.

Traité théorique et pratique de la goutte, par le Dr LECORCHÉ, médecin des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8°, avec 5 planches. — Prix : 13 francs.

Traité élémentaire du massage, par le Dr ESTRADÈRE. 2e édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs.

Précis d'accouchements à l'usage des étudiants et des sages-femmes, par A. JALLET, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Poitiers, etc. Prix : 3 francs.

Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par le Dr BÉRILLON, précédé d'une lettre-préface du Dr DUMONTPALLIER. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr. 50.

Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme de quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et l'hypnotisme, par le Dr MAGNIN. In-8°. — Prix : 3 francs.

Histoire et critique des progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'étude des fonctions du cerveau, par le Dr NEVILLAIN. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs.

De rétrécissements du conduit vulvo-vaginal (voies génitales antérieures de la femme), par le Dr DEBRAND. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs.

Des fractures chez les syphilitiques, par le Dr D. GELLÉ, In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale, par le Dr NERCAM. 1 vol. — Prix : 3 francs.

De l'amplitude de convergence, par le Dr ELLABY. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Du traitement du pédicule après l'hystérotomie par la voie abdominale, par le Dr AMIOT. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Histoire de la protection de l'enfance à Rome, depuis la fondation de la ville jusqu'à la chute de la République, par le Dr MOUTIER. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Traitement du choléra. Leçons faites par le professeur FABRE à l'Hôtel-Dieu de Marseille, recueillies par le Dr AUDIBERT. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Du choléra. Traitement nouveau. Guérison, par le Dr JOUSSEAUME. 1 vol. in-18. — Prix : 1 franc.

Librairie **Félix Alcan**, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Manuel d'histologie pathologique, par CORNIL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et RANVIER, professeur au Collège de France. Tome II, 2e fascicule. 1 vol. in-8°, avec 170 figures dans le texte. — Prix : 9 francs.

L'ouvrage complet en 2 forts volumes in-8°, avec 577 figures dans le texte, 30 francs.

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice (Paralysie des nerfs moteurs. Atrophie des nerfs optiques. Névrite de la 5e paire. Traitement), par le Dr GALEZOWSKI. 1 brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Sur la prophylaxie du choléra indien au point de vue de l'hygiène publique, par A. LACOTE. — Prix : 1 franc.

Pathologie des ovaires. Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, par T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1884. 1 vol. in-8° de 320 pages, avec 37 figures. — Prix : 6 francs.

Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale, par ALPH. GUÉRIN, président de l'Académie de médecine. Paris, 1884. 1 vol. in-18 jésus, de XII-392 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs.

Publications du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes, Paris.

Nouvelles conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants, par JULES SIMON, formant le deuxième volume des conférences de M. Jules Simon. 1 vol. in-8° de 304 pages. — Prix : 7 francs. — Le premier volume des *Conférences publiques, cliniques et thérapeutiques des maladies des enfants*, forme un volume in-8° de 326 pages. — Prix : 7 francs.

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker, par le Dr CHARLES MONOD. 1 vol. in-8° de 127 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie **G. Steinheil**, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Traité de gynécologie opératoire, par HEGAR et KALTENBACH (de Fribourg), Traduction française par le Dr PAUL BAR, accoucheur des hôpitaux. Préface

du professeur TARNIER. In-8° de 670 pages, avec 230 figures sur bois. — Prix : 16 francs.

Le choléra, comment il se développe au Bengale, comment les Anglais le combattent. L'épidémie actuelle, par le Dr FERNAND ROUX, ex-chef de service de santé dans l'Inde, avec 4 tableaux graphiques. Paris, 1884.

Du traitement du cancer utérin. Avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique, par T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. — Prix : 1 fr. 25 c.

De l'examen de la poitrine dans l'état sain et dans l'état morbide, par REGINALD-E. THOMPSON, médecin de l'hôpital Brompton. Traduit, sous la direction de l'auteur, par H. DE FONMARTIN. — Figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie **E. Plon**, rue Garancière.

Le magnétisme, par F. BOTTEY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Librairie **Ferrer**, 71, rue de Rennes.

Contribucion al estudio de la fiebre puerperal, por il Dr JUAN-R. FERNANDEZ.

Librairie **Bellier**, à Bordeaux.

De l'ictère grave sporadique curable, par le Dr ÉDOUARD RONDOT.

Librairie **Manceaux**, à Bruxelles.

Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, par A. DAMBRE. 3e édition, revue par le professeur.

Librairie **Oliver** and **Boy**, à Édimbourg.

The transactions of the medico chirurgical Society of Edinburgh, vol. III, new series.

Librairie **Young J. Pentland**, Edinburgh.

Diseases of the spinal cord, by BYROM BRAMWELL. 2e édit.

Librairie **Vallardi**, à Bologne.

L'epatite suppurativa, di J.-B. Ughetti.

Librairie **Piscopo**, à Naples.

Memoria sulla cura dell' ectropio inflammatorio, pel Dott. R. Castorani.
Memoria sull' estrazione lineare inferiore della cataratta con la capsula, pel Dott. R. Castorani.

Librairie **Alagna**, à Cagliari.

Note di topografia e statistica medico storica del comune di Sanluri, par Salvator-Angelo Ledda.

Librairie **A. Hirschwald**, à Berlin.

Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte u. Studirende, von Dr C. Binz II Absteilung.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie et librairie Paul Dupont, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 1.1.85.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOC. AUG 3 1886

ANATOMIE.

Études histologiques et morphologiques sur les annexes des embryons d'oiseau, par Mathias DUVAL (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, mai* 1884).

Outre quelques questions relatives au mode d'extension du blastoderme sur la sphère vitelline de l'œuf du poulet, ce mémoire a principalement pour objet l'étude de la formation d'un organe dont l'existence, chez les oiseaux, avait passé inaperçue des embryologistes. Il s'agit en effet d'un sac placentoïde, véritable placenta; or, on sait que les oiseaux, comme les reptiles, sont considérés comme des allantoïdiens non placentaires.

En effet, l'auteur montre que l'allantoïde de l'embryon d'oiseau, en s'insinuant dans la cavité pleuro-péritonéale extra-embryonnaire (ou cœlome externe), ne contracte d'adhérences ni avec l'amnios, ni avec la vésicule ombilicale, mais seulement avec le chorion, s'accolant à la face interne de la lame fibro-cutanée de celui-ci ; puis, lorsque l'allantoïde est ainsi arrivée vers l'hémisphère inférieur de la sphère vitelline, elle cesse de progresser dans la fente pleuro-péritonéale, mais se dirige vers le petit bout de l'œuf en refoulant au-devant d'elle le chorion, dont elle se revêt, en suivant la face interne de la coquille ; l'allantoïde arrive ainsi à former un sac qui renferme la masse d'albumine accumulée vers le petit bout de l'œuf. C'est là un sac placentoïde, dont la face interne est hérissée de villosités choriales.

Les oiseaux possèdent donc un organe annexe analogue au placenta des mammifères. Au lieu que les villosités de ce placenta pénètrent dans un terrain maternel et y puisent les sucs nutritifs, comme chez les mammifères, ces villosités, chez l'embryon d'oiseau, plongent dans l'albumine que les organes de la mère ont déposée, comme provision nutritive, dans l'espace qui circonscrit la coquille de l'œuf. C'est la présence de cette coquille qui force l'allantoïde à prendre la forme de sac, avec villosités à la face interne, au lieu de s'étaler en surface avec villosités extérieures. Mais on comprend facilement que chez un ovo-vivipare, à coquille mince et membraneuse, comme chez les reptiles, on pourra

trouver des espèces chez lesquelles, la coquille se résorbant, le placenta, au lieu de prendre définitivement la forme de sac, comme chez l'oiseau, s'étalera sur la face interne des oviductes et pourra s'y greffer par ses villosités choréales. Le placenta des oiseaux nous offre donc une forme élémentaire qui a pu être l'origine du placenta des mammifères. Il faut de plus remarquer que, si ce sac placentoïde des oiseaux est un organe d'absorption nutritive par sa surface intérieure, il est un organe d'échanges respiratoires par sa surface extérieure, c'est-à-dire qu'ici se trouvent réparties en deux régions différentes les fonctions qui, dans le placenta des mammifères, s'accomplissent simultanément en un seul et même lieu. Enfin, la partie supérieure du placenta des oiseaux n'est pas allantoïdienne, au moins au début, mais purement ombilicale; c'est-à-dire qu'à certains égards ce placenta se rattache à ce qu'on a pu considérer comme un placenta ombilical chez certains poissons plagiostomes.

A. C.

Contribution à l'odontologie des mammifères, par G. POUCHET et L. CHABRY (*Journal de l'Anatomie, mai* 1884).

Les formations épithéliales décrites sous le nom de *bourrelets gingivaux* n'ont pas l'importance que leur ont accordée les auteurs classiques; ces bourrelets sont moins en rapport avec la formation des dents qu'avec celle des lèvres; en effet la partie de ces bourrelets qu'on peut désigner, vu sa disposition, sous le nom de *mur plongeant*, occupe la place que prendra plus tard le sillon labio-gingival, c'est-à-dire qu'ici, comme dans plusieurs autres endroits, ces bourrelets épithéliaux représentent un accolement immédiat des parois de la cavité buccale.

Quant à l'évolution des dents, les auteurs insistent surtout sur ce fait que les dents de remplacement, contrairement à l'opinion de Legros et Magitot, ne naissent pas (quant à leurs organes adamantins) par des pédicules se détachant du collet de l'organe adamantin correspondant de la première dentition, mais qu'elles proviennent de la lame dentaire elle-même. Cette manière de voir est confirmée par de nombreuses recherches sur divers mammifères et par l'étude de la formation des dents chez les poissons sélaciens. En effet, chez ceux-ci, on trouve une lame dentaire étendue parallèlement au maxillaire dans toute sa longueur, lame dont l'existence n'est pas limitée à la période embryonnaire, car elle persiste toute la vie, et son activité semble même augmenter avec l'âge. Cette activité consiste dans la production d'organes adamantins répartis régulièrement à la surface de la lame et dont l'ensemble dessine un damier à bandes verticales et horizontales. Or, si on compare la succession en nombre indéfini des dents des sélaciens aux deux dentitions que présentent la plupart des mammifères, on reconnaît qu'il n'y a entre elles aucune espèce de différence essentielle. Dans les deux cas les dents sont disposées à la face adamantine de la lame dentaire, en séries à la fois horizontales et verticales, d'où résulte que les dents apparaissent à des époques différentes et verticalement les unes au-dessous des autres. Chez les mammifères, les dents forment deux rangées horizontales (*diphiodontes*) ou même une seule (*monophiodontes*); chez les sélaciens les rangées horizontales sont en nombre indéfini, et on peut

appeler ces animaux *polyphiodontes*. La véritable signification morphologique des deux dentitions des mammifères serait ainsi donnée par leurs rapprochements avec les dentitions en nombre indéfini des sélaciens.

Au cours de cette étude, on trouve d'intéressants résultats relativement à l'embryologie comparée d'une part du *bec-de-lièvre* normal des rongeurs, lequel est médian dès l'origine, et d'autre part de la difformité qui porte le même nom chez l'homme et qui est latérale. C'est que, chez l'homme, les bourgeons latéraux de la face s'unissent en arrière pour former la voûte palatine, tandis qu'en avant ils restent écartés, en limitant un espace dans lequel est reçue l'extrémité du bourgeon médian (ou frontal); dans ce bourgeon médian se forme, à l'époque de la délamination de la lèvre, un sillon transversal qui le divise en deux parties, dont l'une antérieure appartiendra à la lèvre, et l'autre postérieure à la région palatine comprise entre les canaux de Stenon; en même temps les bourgeons latéraux se soudent au bourgeon médian et se divisent de même en deux portions, l'une labiale, l'autre palatine. La lèvre supérieure résulte donc de la soudure de trois lambeaux, un médian et deux latéraux, et le bec-de-lièvre tératologique résulte de l'absence de soudure entre le lambeau médian et l'un des lambeaux latéraux. Or, l'origine du bec-de-lièvre médian des rongeurs est toute différente. Chez ces mammifères, à l'époque de la formation de la lèvre, le bourgeon médian ne se divise pas transversalement en une partie labiale et une partie palatine, mais est entièrement employé à la formation de la voûte du palais. Par suite le lambeau médian de la lèvre fait défaut, et les lambeaux latéraux n'arrivant pas à la suture sur la ligne médiane, il en résulte un hiatus médian, lequel traduit en définitive le fait de l'absence réelle de la portion moyenne de la lèvre. M. DUVAL.

Sur la distribution des fibres élastiques dans les parois artérielles et veineuses par Ch. ROBIN et RETTERER (*Journal de l'Anatomie, p.* 116, *mars* 1884).

L'examen de la coupe totale des vaisseaux montre que, dans les artères comme dans les veines, leurs diverses tuniques ne font qu'un par la continuité anastomotique réciproque des éléments élastiques, comme si la trame élastique avait été, dès l'âge fœtal, une masse homogène vasculaire accrue par interposition graduelle de fibres-cellules ici, de tissu cellulaire ailleurs, etc. Mais, en faisant abstraction de tous les éléments autres que les élastiques, on distingue déjà trois couches dans les artères, quatre dans les veines, d'après le seul examen des fibres élastiques, couches ayant des caractères propres de quantité et de distribution de l'une à l'autre de ces tuniques.

Dans la tunique moyenne des artères, les fibres élastiques sont disposées en couches concentriques parallèles; la tunique interne ou commune de Bichat est composée de fibres flexueuses, très fines, anastomosées et dirigées longitudinalement; enfin, dans la tunique externe, les fibres élastiques, principalement longitudinales, forment des mailles plus ou moins larges.

Dans les veines, on distingue quatre tuniques qui sont, en allant de dedans en dehors : la tunique de Bichat, la tunique à fibres longitudinales, la tunique à fibres musculaires et la tunique cellulaire. Ce n'est

qu'en confondant en une seule deux choses aussi différentes que le sont la tunique de Bichat non vasculaire, avec la tunique vasculaire à fibres longitudinales, qu'on arrive à dire que les veines sont composées de trois couches seulement, comme les artères. M. DUVAL.

Ueber den dritten Formbestandtheil ... (Sur le troisième élément du sang à l'état physiologique et pathologique et sur ses relations avec la régénération du sang), par AFANASIEW (*D. Arch. f. klin. Med., Bd. XXXIII, Heft 3 et 4, p.* 217).

L'auteur commence par exposer les divers travaux publiés sur le troisième élément du sang que M. Hayem a nommé hématoblaste, Bizzozero plaquette du sang. Il relate ensuite ses propres expériences et en tire des conséquences sur les variations de ce corpuscule avec l'état physiologique et pathologique du sang, sur la provenance des globules rouges et leur mode de rénovation. Il a examiné les globules dans une solution de violet de méthyle peptonisée.

Pour lui, contrairement à ce qu'a avancé M. Hayem, les plaquettes du sang ne seraient pas pourvues de noyaux. Ou bien leur prétendu noyau n'est qu'une apparence due à ce qu'il se forme un dépôt de substance colorante, ou bien ce que l'on aperçoit n'est qu'un nucléole. Le corpuscule lui-même (plaquette ou hématoblaste d'Hayem) ne serait qu'un noyau. Les propriétés physiques, la façon dont il réagit en présence des matières colorantes, le rapprochent en effet bien plus des noyaux que des cellules.

Tantôt ce noyau existe seul, dépourvu de protoplasma, tantôt il se revêt d'une enveloppe protéique colorée par l'hémoglobine. Cette enveloppe augmente de plus en plus, de telle sorte qu'il se fait de véritables globules rouges à noyaux. Plus tard le noyau disparaît. Il paraît être éliminé du globule qui reste alors constitué par une masse protoplasmique teintée par l'hémoglobine et biconcave. Les globules à noyaux sont au contraire biconvexes.

Les jeunes globules qui ont pris naissance de cette façon sont plus petits que les autres, surtout dans certaines circonstances pathologiques. Quelques-uns d'entre eux sont irréguliers, munis de prolongements, ce sont les poikilocytes de Quincke. On les rencontre dans les anémies excessives. On les trouve aussi en abondance à la période de convalescence des maladies graves, la fièvre typhoïde, par exemple. Chez les animaux, ils se voient aussi en nombre considérable lorsque le sang se reconstitue après des hémorragies ou des empoisonnements. Ils représentent donc une phase de l'évolution du sang.

Dans la moelle des os, on trouve des éléments qui ressemblent complètement aux troisièmes corpuscules du sang, dépourvus de protoplasma puis revêtus d'un protoplasma teinté de façon à constituer des globules rouges à noyau. On trouve entre les grands hématoblastes de Neumann (cellules à myéloplaxes) des cellules à un ou deux noyaux qui paraissent des intermédiaires entre les grandes cellules à noyaux multiples et les globules rouges à noyau.

Les noyaux de ces mêmes cellules ont les mêmes propriétés physiques et chimiques que les troisièmes éléments du sang et les noyaux

des globules rouges à noyau. Il semble que l'on trouve là dans le bourgeonnement de ces cellules, dans leur segmentation, un des modes de rénovation du sang.

Ce ne serait pas du reste le seul, et, d'après Afanasiew, on peut admettre trois modes de production des hématies : 1° les globules à noyau du sang se multiplient par division et se transforment en globules rouges; 2° les plaquettes du sang augmentent de volume et se transforment d'abord en globules rouges à noyau, puis en hématies ordinaires très petites et incomplètes quand l'hématopoièse se produit trop vite; 3° il se fait un bourgeonnement pédiculé des globules rouges adultes; des particules s'en détachent qui deviennent plus tard des hématies adultes.

A. M.

Untersuchungen des lebenden Bindegewebes (Recherches sur le tissu conjonctif vivant), par SPINA (*Wien. med. Jahrb., Heft, II, p.* 329, 1883).

Stricker a pu suivre les transformations de la substance fondamentale de la cornée à l'état frais et en a conclu que ce tissu possède la vitalité qu'on lui refuse en général. Ces observations ont suggéré à Spina l'idée d'étudier divers tissus du même ordre :

La névroglie empruntée à l'écorce d'une grenouille vivante et placée dans du serum de sang de grenouille offre l'aspect d'un réseau délicat; pendant trente minutes, on voit les filaments de ce réseau se gonfler ou se rétracter activement pour revenir ensuite à leur état primitif, tandis que les filets nerveux de l'écorce demeurent immobiles. Si l'on fait passer dans la préparation un courant induit faible pendant deux ou trois secondes, les mouvements des fibrilles s'accélèrent ; un courant fort, au contraire, les déchire et arrête les mouvements.

Les couches granuleuses de la rétine d'une grenouille, préparées à l'état frais dans l'humeur aqueuse, se comportent de la même façon, mais paraissent moins sensibles que la névroglie à l'action des courants induits.

Le mésentère de la grenouille se transforme sous l'œil de l'observateur comme la substance fondamentale de la cornée, et l'emploi d'un fort grossissement permet de constater les mouvements des fibrilles conjonctives, mouvements parfois très rapides et qu'arrête brusquement une forte décharge électrique.

L. GALLIARD.

Ueber Wundernetzbildungen im Fettgewebe (Des réseaux admirables du tissu adipeux), par J. SCHOEBL (*Arch. f. mikrosk. Anat., Bd. XXIV, Heft* 1).

A l'aide d'injections très pénétrantes, Schoebl est arrivé à mettre en évidence dans le mésentère de l'homme des réseaux admirables d'une grande finesse. Ces réseaux sont tantôt artériels, tantôt veineux, tantôt mixtes, et ils sont souvent échelonnés par groupes le long des branches vasculaires. Ils se présentent sous forme de petits pelotons arrondis ou ovalaires dont les dimensions varient entre 0,10 millimètre et 1,50 millimètre ; d'autres fois ils ont un aspect fusiforme ou cylindrique ou bien une forme tout à fait irrégulière. Leur nombre est assez considérable

pour qu'on en trouve, sur le mésentère de l'enfant, un ou deux par millimètre carré.

Dans les mailles limitées par ces réseaux vasculaires se trouve contenue une substance qui paraît de nature adénoïde. Les réseaux admirables d'un certain volume renferment du tissu adipeux. ASSAKY.

Distribution des racines motrices dans les muscles des membres, par FORGUE et LANNEGRACE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 17 *mars* 1884).

En excitant en bloc, comme l'avaient fait P. Bert et Marcacci, chacune des racines dans le canal rachidien, de plus en dissociant et excitant, chez le chien et le singe, les faisceaux en lesquels se groupent les fibres de chaque paire radiculaire à la sortie du trou de conjugaison, on constate que l'immense majorité des muscles est innervée par plusieurs racines. Cependant l'excitation d'une racine paraît déterminer, dans les muscles qui en dépendent, une contraction totale et non partielle, ce qui tient à ce que dans tout muscle les fibres tributaires de la même racine sont disséminées dans l'épaisseur de l'organe et non cantonnées dans une zone spéciale ; et, en effet, après la section d'une paire rachidienne à sa sortie du trou de conjugaison, on trouve dans les muscles innervés par elle des fibres altérées éparpillées au milieu des fibres saines. Chaque racine concourt ainsi à l'innervation d'une série toujours identique de muscles, chez les animaux de même espèce, la fonction des racines analogues différant du reste relativement très peu chez les divers mammifères. Chaque racine fournissant à des muscles d'action très différente, souvent même opposée, on voit qu'une racine n'a ni spécialité d'action ni spécialité de distribution. On constate toutefois que les racines descendent d'autant plus bas dans le membre qu'elles occupent un rang plus inférieur au niveau de la moelle. Enfin, l'innervation des deux plans de flexion et d'extension ne se fait pas toujours d'une façon symétrique; ainsi les muscles antérieurs des bras et certains muscles de l'avant-bras sont presque complètement innervés, quand le triceps n'a encore rien reçu de la moelle. M. DUVAL.

Des formes nouvelles de terminaisons nerveuses dans la peau des mammifères, par G. HOGGAN (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, juillet* 1884).

Les formes nouvelles de terminaisons nerveuses qu'a étudiées l'auteur ont été trouvées par lui dans la peau du raton laveur (*Procyon lotor*), et ses descriptions tendent à prouver non pas que ces formes diffèrent entièrement de celles déjà connues, mais qu'au contraire elles représentent des intermédiaires entre les divers types de ces dernières. C'est ainsi qu'il décrit les trois ordres de corpuscules terminaux suivants :

1° Les corpuscules dits de Browne, qu'on trouve au sommet des papilles dermiques, et qui sont formés par une portion nue de cylindre-axe ramifié en fourchette terminale à deux ou trois branches. Une idée singulière, sur laquelle l'auteur revient à plusieurs reprises, c'est que ces terminaisons en fourchette ne seraient autre chose que des portions du plexus sous-épidermique de nerfs sans myéline, qui se seraient cassées

et raccourcies; toujours est-il que ces corpuscules de Browne, dont il est donné diverses figures, ne présentent aucune trace de membrane enveloppante, et que les extrémités nerveuses n'y paraissent pas enfoncées dans une substance granuleuse. En définitive, le corpuscule de Browne, chez le raton laveur, serait l'homologue des terminaisons en fourchette décrites sur les follicules des poils ordinaires, et il se placerait comme forme intermédiaire entre le plexus sous-épidermique des nerfs sans myéline et le corpuscule suivant;

2° Le corpuscule de Hoggan, qui se trouve à la base des papilles dermiques, ressemble, par ses enveloppes extérieures, à un corpuscule de Pacini, tandis que ses terminaisons nerveuses centrales sont identiques aux terminaisons en fourchette qu'on trouve sur les follicules des poils;

3° Enfin, le corpuscule de Blackwell est constitué par un petit amas de cellules nerveuses comprimées de manière à former un corps globuleux à la face inférieure de l'épiderme. Chacune de ces agrégations de cellules est en communication directe avec une grosse fibre nerveuse à myéline. Ce corpuscule serait intermédiaire entre le corpuscule de Meissner et les ganglions sous-épidermiques de cellules nerveuses; comme ces ganglions, il est intimement uni aux fibrillés intra-épidermiques.

M. DUVAL.

Recherches sur la morphologie du carpe chez les mammifères, par H. LEBOUCQ (*Archives de Biologie, t. V, fasc. I*, 1884).

Il ressort de l'étude des premiers stades du développement de la main, chez les mammifères, qu'à travers toute la série des vertèbres, depuis la nageoire primitive jusqu'aux extrémités des vertèbres les plus supérieures, on retrouve le même plan fondamental de formation. Le squelette de l'extrémité est constitué par un axe principal segmenté, sur lequel se greffent des rayons latéraux divisés, à leur tour, en segments distincts. Cette conception de Gegenbaur a pu être démontrée ontologiquement par Leboucq chez les mammifères et chez l'homme. L'axe principal passe à travers l'humérus et le cubitus, et de là gagne le bord radial de la main en passant obliquement à travers le carpe. Ce trajet oblique de l'axe à travers le carpe a été démontré ontologiquement par Götte et Strasser pour les batraciens urodèles, et a été admis par Wiedersheim. Il se vérifie aussi bien dans le développement du squelette du pied que dans celui de la main des mammifères.

L'os central du carpe apparait chez l'embryon humain dans la première partie du 2e mois; il commence à se souder avec le radial du carpe vers la fin de ce mois. La fusion est ordinairement complète pendant la deuxième moitié du 3e mois. Dans le stade qui suit immédiatement la soudure complète, la structure histologique révèle encore, d'une manière très évidente, le processus dont cette partie du squelette a été le siège. La fusion ne se produisant pas en même temps dans toute l'épaisseur des deux os, mais marchant progressivement de la paume vers le dos de la main, le complexus du radio-central, qui doit former le scaphoïde de l'adulte, se présente à une certaine période du développement comme

un angle ouvert du côté dorsal ; c'est de ce côté que la séparation primitive des deux os reste le plus longtemps évidente.

L'existence de l'os central libre chez l'adulte est rare ; cependant l'auteur en a pu observer lui-même quatre cas, mais le vestige du central persiste sur le scaphoïde de l'adulte dans la majorité des cas.

Le pisiforme apparaît aussi de bonne heure, sa position et son évolution ultérieure chez un grand nombre de mammifères ne permettent pas de le ranger parmi les os sésamoïdes; cet os est un des éléments du carpe, comme l'a admis Gegenbaur. C'est l'homologue d'un rayon, fortement réduit, de la nageoire primitive.

Les doigts du pied et de la main étant des équivalents des rayons insérés latéralement sur un axe, il en résulte que la disposition en séries transversales des éléments du tarse et du carpe n'est que secondaire ; les doigts ont une position proximo-distale, de sorte que le pouce est l'élément le plus distal. F. HENNEGUY.

Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée : leur importance en anthropologie, par L. TESTUT (in-8°, *Paris* 1884).

Cet ouvrage comprend deux parties : la première consacrée à l'anatomie descriptive des anomalies musculaires, dans la deuxième l'auteur les considère au point de vue de l'anatomie générale et de l'anthropologie zoologique.

La première partie, toute de faits, ne se peut guère analyser : chaque muscle est pris à part, et son étude forme un article distinct : d'abord est donnée la constitution normale, puis les anomalies sont décrites, divisées en deux groupes : 1° muscles surnuméraires ; 2° variations morphologiques du muscle existant normalement, variations pouvant porter sur la forme, la constitution, les insertions les rapports avec les muscles voisins. A côté de chacune de ces anomalies est placé le type homologue existant normalement dans telle ou telle espèce de la série animale, type permettant d'interpréter des faits incompréhensibles.

Une bibliographie complète accompagne chaque article.

Citons comme plus particulièrement étudiés : les muscles omo-hyoïdien, long fléchisseur propre du pouce, jambier antérieur, presternal, etc.

A cet exposé anatomique, auquel sont consacrées plus de 700 pages, fait suite la deuxième partie de l'ouvrage. L'auteur étudie d'abord les anomalies en général chez l'homme. — Le sexe, l'âge, ont peu d'influence sur la fréquence du nombre : le processus, encore inconnu, qui crée les anomalies exerce bien souvent son action sur les muscles symétriques dans le sens transversal, mais jamais, ou presque jamais, il ne frappe les deux muscles homologues dans le sens vertical : souvent ces anomalies rétablissent des homologues disparues entre l'un et l'autre membres : c'est aux membres que se produisent avec une fréquence plus grande que partout ailleurs les dispositions anormales, principalement aux membres supérieurs et dans les derniers segments ; enfin, comme le remarque Humphry, les muscles les plus fréquemment atteints sont « ceux qui peuvent disparaître sans inconvénients », par exemple, petit palmaire, petit psoas, pyramidal de l'abdomen.

A priori, il semble rationnel d'admettre qne les anomalies musculaires sont héréditaires au même titre que les autres anomalies organiques, mais le contrôle des faits manque à cette induction.

Ces anomalies ne sont pas spéciales à l'homme, et chez les animaux on les retrouve très fréquentes.

Les dissections de nègres de Cuvier, Wood, Turner, Chudzinski, Giacomini, de l'auteur (6 sujets examinés), permettent de dire que nous ne connaissons, pour le moment, aucune disposition caractérisant le système musculaire du nègre. Toutes les variations signalées chez les nègres ont été rencontrées chez les sujets européens et ne sont pas plus fréquentes que chez les blancs.

L'étude des variations musculaires apporte un nouvel appui au rapprochement de l'homme et des singes dans un ordre unique, l'ordre des Primates. « L'anatomie anormale reproduit en effet dans le système musculaire de l'homme toutes les dispositions considérées comme caractéristiques des espèces simiennes, et vient pour ainsi dire combler toutes les distances qui séparent, à l'état normal, l'homme des autres primates... On pourrait constituer un système musculaire simien avec des organes empruntés exclusivement à l'homme, » et généralisant, au point de vue purement anatomique, « constituer avec des organes exclusivement humains, un sujet qui différerait très peu du singe. »

Reproduction d'une disposition anatomique que l'on rencontre normalement dans la série animale, les anomalies musculaires ne sauraient être rapportées à une adaptation nouvelle, à une tendance de l'organisme à s'élever à une individualité anatomique plus parfaite : elles n'influencent la mécanique animale que d'une quantité négligeable, rarement constituent une organisation meilleure, peuvent alors être dites anomalies progressives, et souvent entravent plutôt qu'elles ne favorisent les fonctions.

Enfin cette anatomie anormale, « qui fait voyager d'une espèce à l'autre des dispositions organiques qui n'ont rien de fixe, rien d'essentiel, rien de caractéristique, » confirme la conception nouvelle de l'espèce telle que la formule l'école transformiste : « les espèces sont susceptibles de se transformer et proviennent toutes, par voie d'une évolution lente et graduelle, d'un type unique ou tout au moins d'un petit nombre de type primitifs. »

Les anomalies musculaires montrent les liens de parenté manifeste qui existent entre l'homme et les autres mammifères, à quelque ordre qu'ils appartiennent; de plus, existant aussi fréquentes et aussi significatives chez les animaux que chez l'homme, elles permettent de réunir les diverses espèces animales qui sont placées au-dessous d'elles dans la série et amènent directement à l'*unité de plan* dans la nature vivante.

Ces anomalies autorisent encore à voir dans l'espèce où on les rencontre normalement une des phases de la phylogénie humaine : cette espèce peut être considérée comme une forme ancestrale de l'espèce humaine, qui s'est transformée plus tard et graduellement sous l'influence de l'adaptation et de l'hérédité. MAUBRAC.

Zur Kenntniss des Pigmentes in menschlichen Haar (Étude sur le pigment du cheveu humain), par G. RIEHL (*Vierteljahr f. Dermat. ú. Syphilis, p.* 33, 1884).

Le mode de production et le siège exact du pigment dans l'écorce des poils sont encore mal déterminés. Tandis que les uns (exemple Waldeyer) placent les granulations colorées dans l'intérieur des cellules, les autres (exemple Unna) prétendent qu'elles siègent dans les espaces intercellulaires. Concluant de recherches faites sur les cheveux, la barbe et les cils de l'homme, Riehl se rattache à la première opinion. Voici quel est d'après lui le mécanisme de la pigmentation. Elle dérive de cellules colorées migratrices qui, néos au sein de la papille pileuse et dans le voisinage des vaisseaux, s'avancent graduellement jusqu'à la surface, immédiatement au-dessus des cellules matricielles de l'écorce, entre lesquelles elles projettent un certain nombre de bourgeons. Ceux-ci s'allongent pendant la croissance du poil et finissent par disparaître. Simultanément le pigment qu'ils renferment passe dans les cellules adjacentes par un mécanisme que l'auteur compare à celui de l'absorption des particules colorées par les amibes. Jamais il n'a trouvé de pigment libre dans les spores intercellulaires. H. DANLOS.

Ueber den Bau der Magenschleimhaut (Structure de la muqueuse de l'estomac), par N. TRINKLER (*Archiv f. mikrosk. Anat., Bd. XXIV, Heft* 2).

Chez tous les vertébrés l'épithélium qui tapisse la muqueuse stomacale est cylindrique ; on trouve parfois, chez quelques espèces inférieures, un épithélium à cils vibratiles. Ces cils représentent les restes d'une disposition transitoire de la période embryonnaire. L'épithélium des villosités intestinales provient d'ailleurs aussi de cellules à cils vibratiles.

Au-dessous de cette couche épithéliale superficielle se trouve une membrane fenêtrée en connexion directe avec la membrane propre des glandes et avec les faisceaux conjonctifs du stroma de la muqueuse. Cette membrane serait formée de cellules endothéliales ayant subi un certain degré de sclérose.

Les glandes de l'estomac sont de deux ordres. Celles qui occupent le pylore sont constituées par des cellules allongées (cellules fondamentales) qu'on retrouve également dans les glandes des autres régions de l'estomac ; mais celles-ci contiennent en outre des cellules pariétales (Belegzellen) arrondies et granuleuses qui au premier abord paraissent être de nature différente. Or, ces deux variétés de cellules ne sont en réalité que deux formes appartenant à la même espèce. Les cellules arrondies possèdent un protoplasma plus jeune, moins différencié que celui des cellules fondamentales. Lors de la destruction de ces dernières, par suite d'une exagération fonctionnelle (digestion d'alcool et de phosphore), les premières entrent en prolifération et les remplacent. Chez beaucoup de vertébrés les glandes stomacales à pepsine ne renferment qu'une seule forme de cellules entièrement semblables aux cellules arrondies.

La production de la pepsine est liée à la présence de ces cellules pariétales ; les expériences micro-chimiques montrent qu'aucun acide n'est sécrété par elles. ASSAKY.

Sulla struttura del funicolo spermatico in diversi periodi della vita, par PELLACANI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. I-II*, 1884).

Le fascia de Cooper ou fascia crémastérien est l'enveloppe la plus externe du cordon spermatique; cette enveloppe est surtout développée sur les parties antérieures et latérales. Il faut distinguer une portion déférentielle et une portion vasculaire du cordon Les recherches de l'auteur sur les membranes du cordon sont en parfait accord avec celles de Henle, qui en a donné la description la plus exacte.

Ce travail établit le mode d'action du cremaster interne et les rapports de ce muscle avec la couche longitudinale des veines et du canal déférent.

Il étudie dans ses détails le processus vaginalis péritonei ou travail d'oblitération de la cavité vaginale par l'intermédiaire d'un véritable tissu de granulation, et les modifications qui se produisent aux divers âges.

Étudiant aussi le paradidyme de Waldeyer ou corps de Giraldès dans sa structure et son siège, il en trouve les restes dans la partie supérieure et moyenne du cordon; quelques-uns de ces canaux sont dilatés et kystiques, et ce point éclaircit la pathogénie des kystes fréquents du cordon.

Le développement du tissu adipeux et l'atrophie du cremaster interne dans l'âge avancé expliquent la fréquence de la varicocèle.

Les dernières périodes de la vie intra-utérine et les premières périodes de la vie extra-utérine, la puberté, la vieillesse, s'accompagnent de modifications importantes dans le développement et la régression des parties constituantes du cordon spermatique. Chez le vieillard le testicule présente du pigment, les vaisseaux du cordon s'atrophient, mais aucune indication constante ne peut être tirée sur ce point de la présence ou de l'absence des spermatozoïdes.

Deux planches sont annexées à ce travail. F. BALZER.

Développement de l'utérus jusqu'à la naissance, par LEGAY (*Thèse de Lille*, 1884).

Pendant toute la vie fœtale (fœtus humains) le conduit génital provenant de la soudure des conduits de Müller décrit une courbe dont la concavité regarde en avant. Dans les derniers mois, le corps de l'utérus est en antéflexion nettement prononcée sur le col.

La longueur totale du conduit utéro-vaginal est de 4 millimètres à la fin du troisième mois, de 11 millimètres au début du cinquième, de 13 millimètres au milieu du cinquième, de 22 millimètres au début du sixième mois de la gestation. Vers le milieu du cinquième mois (fœtus mesurant 17 centimètres du vertex aux talons) se montre sur les parois du conduit utéro-vaginal un renflement, situé à 6 ou 7 millimètres du fond de l'utérus, qui paraît répondre au point où se développe dans la suite la portion vaginale du col. Au début du sixième mois (fœtus de 23 centimètres) le conduit génital se trouve nettement séparé en utérus et en vagin, grâce au développement de cette portion vaginale du col. A mesure qu'on s'éloigne de cette époque le corps et le col de l'utérus présentent dans leur accroissement des différences notables. L'évolution du

col paraît bien plus rapide; ses dimensions longitudinales excèdent celles du corps de 6 millimètres au septième mois, de 9 millimètres au huitième mois, de 12 millimètres au neuvième.

La différenciation de la paroi utérine en membrane muqueuse et en musculeuse n'apparaît nettement qu'au début du septième mois. La muqueuse ne possède à aucune époque des cellules épithéliales à cils vibratiles. Elle est tapissée d'un épithélium cylindrique dont la hauteur diminue progressivement du troisième mois (50 μ) au huitième mois de la vie fœtale (25 μ). Au neuvième mois l'épithélium cylindrique du canal cervical subit au voisinage de l'orifice externe la transformation muqueuse qui s'étend progressivement à toute la longueur du col. En même temps on voit se former dans les points occupés par cet épithélium muqueux des follicules glandulaires qui viennent s'ouvrir à la surface même des plis de l'arbre de vie ou dans les sillons qui les séparent. L'utérus proprement dit n'est pas pourvu de glandes à la naissance.

Les rachis des arbres de vie apparaissent au début du quatrième mois; les sillons qui délimitent ces plis, vers le milieu du cinquième mois.

Le vagin est une dépendance des conduits de Müller. Il est primitivement tapissé d'un épithélium prismatique (épithélium des conduits de Müller); vers la fin du troisième mois (fœtus de 10 1/2 centimètres) cet épithélium fait place dans l'extrémité inférieure du conduit à un épithélium pavimenteux stratifié sensiblement analogue à celui du sinus urogénital. Cette transformation ou substitution épithéliale débute au niveau de l'orifice vestibulaire, puis elle remonte progressivement dans le conduit jusqu'au point qui répondra plus tard à la division du tube génital en utérus et en vagin. A mesure que l'épithélium pavimenteux stratifié s'élève dans le conduit génital, la lumière de ce conduit disparaît progressivement de bas en haut par accolement des parois épithéliales. Ce n'est que dans le cours du septième mois qu'on voit apparaître par désagrégation des cellules centrales une lumière au centre du cordon épithélial qui remplit la cavité du vagin. Le passage de l'épithélium pavimenteux du vagin à l'épithélium prismatique de l'utérus s'opère par une transition graduelle jusqu'au huitième mois; à partir de cette époque le passage devient brusque comme chez l'adulte. ASSAKY.

Zur Entwickelungsgeschichte des Corpus luteum (Contribution à l'étude de l'histoire du développement du corps jaune), par Alfons BENCKISER (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 3).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le point de départ des grosses cellules du corps jaune. Ces cellules proviennent-elles de la membrane granuleuse ou de la membrane utérine, ou de ces deux parties.

Telle est la question que l'auteur s'est proposé de résoudre par des recherches histologiques; ces recherches ont porté sur des ovaires de mammifères, chatte, lapine, brebis, vache et truie; elles l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1 Chez la truie, les grandes cellules épithélioïdes du corps jaune proviennent exclusivement de la membrane interne du follicule. Proviennent-elles d'éléments migrateurs ou des éléments fixes du tissu connectif? L'au-

teur ne saurait l'affirmer, mais il incline à croire que ces deux sortes d'éléments prennent part à leur formation;

2° Le follicule de la truie, arrivé à l'état de maturité, présente entre la membrane interne et la membrane granuleuse un système très développé des vaisseaux capillaires avec noyaux faciles à voir dans la paroi des vaisseaux;

3° Dans aucun follicule normal et à aucune période l'auteur n'a trouvé de membrane homogène entre la membrane interne et la granuleuse;

4° On ne trouve aucun vaisseau lymphatique dans le tissu du corps jaune de la truie arrivé à son plus haut degré de développement.

La formation du corps jaune chez la truie repose donc sur l'hypertrophie et l'hyperplasie des éléments préexistant dans la membrane interne du follicule (cellules du tissu connectif, vaisseaux) : travail qui commence déjà avant la rupture du follicule, et qui augmente d'intensité après cette rupture jusqu'à un moment déterminé. La membrane granuleuse du follicule disparaît à la rupture du follicule. Le caillot n'est pas une partie constante et essentielle du corps jaune. H. DE BRINON.

Einiges zur Anatomie des Mastdarmes (Rectum), par LAIMER (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 1, *p.* 49, 1884).

L'auteur continue ses études sur l'anatomie du rectum. (Voy. *R. S. M.*, XXV, 10.)

1° Quelles sont les relations qui existent entre le releveur de l'anus et les tuniques du rectum? Les connexions des deux organes ne sont pas dues seulement à l'union de quelques fibres longitudinales de l'un et de l'autre qui traversent ensemble les sphincters de l'anus et vont même jusqu'à la peau; elles sont bien plutôt établies d'abord par le tissu fibro-élastique qu'on trouve à la limite du rectum et du releveur de l'anus, ensuite par la pénétration des fibres de ce dernier dans la paroi musculaire rectale.

Le tissu fibro-élastique se présente sous deux formes : des filaments résistants qui sont tendus entre la paroi intestinale et le bord du releveur; un tractus tendineux situé au milieu de ces filaments et dirigé d'avant en arrière. Ce tractus est surtout facile à voir au voisinage de la prostate, où de nombreux vaisseaux le traversent; sur plusieurs points il constitue des arcs tendineux dont la concavité est tournée vers le rectum. Il fournit des insertions à des fibres du releveur ainsi qu'à des faisceaux de la couche longitudinale superficielle du rectum, et même à des faisceaux musculaires qui pénètrent jusqu'à la tunique interne circulaire. Ces faisceaux contribuent à former le sphincter interne de l'anus.

Les connexions dues à l'entre-croisement des fibres musculaires du releveur et du rectum ne sont pas moins importantes que les précédentes. Il existe de véritables anses musculaires reliant les faisceaux longitudinaux des deux organes; de plus les faisceaux du releveur contribuent à la formation des couches circulaires rectales et même à la constitution du sphincter interne de l'anus.

2° L'auteur étudie l'origine et les insertions des fibres longitudinales du rectum. Dans une précédente publication, il a dit que ces fibres passent, à la façon de cordes tendues, sur les étranglements latéraux du rec-

tum ; il rectifie cette assertion trop absolue en montrant que quelques fibres plongent dans les dépressions de ces étranglements et pénètrent dans la couche des fibres circulaires pour se continuer avec elles. Les faisceaux longitudinaux de l'S iliaque ne se prolongent donc pas intégralement jusqu'à l'anus, mais perdent en chemin quelques éléments, tandis que d'autres, nés des étranglements, et constituant la prolongation des fibres circulaires, viennent les remplacer.

Les deux couches longitudinale et transversale ne sont pas aussi indépendantes qu'on pourrait le croire ; il existe des entre-croisements entre les fibres de l'une et de l'autre. L'auteur compare cette disposition à celle qu'il a décrite dans l'œsophage. L. GALLIARD.

Resultate der Wägungen menschlicher Gehörknöchelchen (Résultats de pesées des osselets de l'oreille chez l'homme), par A. EITELBERG (*Monatschr. für Ohrenh.*, *n*° 5, 1884).

Les recherches ont porté sur 30 individus (depuis des embryons de 7 à 8 mois jusqu'à des vieillards). Tandis que l'étrier atteint déjà son poids maximum chez l'embryon de 8 mois, le marteau et l'enclume ne l'atteignent qu'à l'âge de 6 mois. M = 22 à 24 milligrammes. En = 25 milligrammes. Et = 2 milligrammes. Pas de différence au point de vue du sexe, ni entre le côté droit et le côté gauche, bien que l'asymétrie constatée 15 fois sur 20 par Urbantschitsch pût faire supposer une différence de poids. R. CALMETTES.

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau, par Henry C. de VARIGNY (*Paris*, *p.* 134, *in*-8°, 1884).

Il n'est question dans ce travail que de l'excitabilité électrique du cerveau du chien, et plus particulièrement de l'excitabilité d'une région très limitée de cet organe.

Sans entrer dans des observations cliniques, l'auteur s'en est tenu à l'étude des variations de l'excitabilité électrique ou au chloral, à la réfrigération et à l'étude des caractères de la période d'excitation latente sous l'influence des mêmes agents. Après avoir fait l'histoire critique du sujet, l'auteur nous indique le dispositif de ses expériences et les procédés opératoires dont il a fait usage.

La première question que M. de Varigny se pose est celle de l'influence du chloral sur l'excitabilité absolue du cerveau et sur la durée de son excitabilité latente. Dans les 35 expériences qu'il a faites, il arrive à la conclusion que le chloral agit sur l'excitabilité cérébrale tantôt en l'abolissant temporairement, tantôt en la diminuant plus ou moins, de telle sorte qu'il faut, pour obtenir la réaction motrice : ou bien augmenter

l'intensité du courant et le nombre des excitations, ou bien augmenter le nombre des excitations sans rien changer à l'intensité du courant, ou bien simplement augmenter l'intensité du courant, sans rien changer au nombre des excitations. Quant à l'excitabilité latente du cerveau, elle est accrue en durée selon l'état d'anesthésie de l'animal et diminuée en rapport inverse de l'intensité du courant employé. Un courant qui n'agit pas lorsque les excitations sont isolées, agit quand elles sont rapprochées (addition latente de Ch. Richet).

Avant de parler de la réfrigération de la substance cérébrale, mentionnons quelques expériences qui se trouvent relatées à la fin du travail. Il s'agit de celles qui ont été faites antérieurement par Putnam et Braun. M. de Varigny affirme que la dilacération de la substance blanche sous-jacente à une région motrice supprime les réactions qui se produisent, lorsqu'on excite, même avec un courant plus fort, la région en question. Pour ce qui est de l'excitabilité du cerveau des nouveau-nés (chiens), l'auteur confirme les expériences de Soltmann et Tarchanoff et trouve que ni pendant le sommeil, ni après le réveil, on ne peut observer de mouvements provoqués par l'excitation cérébrale.

Voyons maintenant ce que produit la congélation à laquelle M. de Varigny consacre son sixième chapitre, le plus intéressant dans cette étude; Marcacci, qui, le premier, a fait de telles expériences, semble être arrivé à des résultats un peu trop absolus.

M. de Varigny, après avoir narcotisé le chien (exp. XIII) ainsi que nous l'avons dit plus haut, s'assure exactement de la force électrique nécessaire pour un mouvement donné, de même que du temps latent de réaction. — Ces deux points exactement recherchés, il pulvérise de l'éther sur la surface cérébrale préalablement mise à nu. — Après 10 à 15 minutes de réfrigération, il cherche si les centres moteurs sont excitables. Ils sont inexcitables pendant 5 minutes, puis commencent à réagir. Mais, fait curieux, le temps latent est diminué, au lieu de 0,09, de 0,08 d'une seconde, on note une descente jusqu'à 0,07 et 0,06. Il paraît donc que la paralysie temporaire des éléments nerveux était suivie d'une sorte d'exagération d'énergie ou d'hyperexcitabilité. On voit, en conséquence, que Marcacci a tiré peut-être des conclusions qui ne suivent pas de près ses expériences. M. de Varigny, dans les siennes, a souvent trouvé une abolition complète de la sensibilité, mais, point important, sans que la réfrigération ait amené le moins du monde de la congélation. La circulation n'est certainement pas interrompue dans la pie-mère, et l'auteur ne croit pas qu'il y ait ici anémie. On ne peut donc pas rapprocher les effets de la congélation de ceux de la poudre de lycopode. M. Vulpian, auquel on doit ces dernières expériences, a vu se produire une sorte d'exaltation suivie d'une disparition totale de l'excitabilité cérébrale. Mais il y avait ici une anémie réelle et dûment constatée, ce qui n'est pas dans la congélation cérébrale et qui paraît même presque irréalisable, ainsi qu'il découle d'une des expériences de M. de Varigny où il y a eu suppression de l'excitabilité avec un cerveau nullement congelé.

Expériences sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui altèrent l'hémoglobine, et particulièrement sur celles qui la transforment en méthémoglobine), par G. HAYEM (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 3 *mars* 1884).

L'hémoglobine dissoute, comme l'a reconnu Hoppe-Seyler, a la même capacité respiratoire que l'hémoglobine encore combinée avec le stroma globulaire. Mais on en concluerait à tort que l'hémoglobine dissoute est la même que l'hémoglobine faisant partie intégrante des globules ; en effet, en expérimentant soit avec le nitrite d'amyle, soit avec le ferricyanure de potassium, substances qui n'altèrent pas sensiblement les globules rouges, on constate que ces substances n'ont pas fait apparaître de méthémoglobine dans le sang pur, mais qu'il suffit de diluer ce sang pour que l'hémoglobine dissoute se transforme en méthémoglobine. C'est-à-dire que l'hémoglobine dissoute est plus sensible à l'action des substances qui produisent de la méthémoglobine, que ne l'est l'hémoglobine faisant partie intégrante des globules. D'autre part, l'hémoglobine dissoute, une fois transformée en méthémoglobine, reste altérée, à l'inverse de l'hémoglobine des hématies, qui, après avoir été tranformée en méthémoglobine, reproduit, au bout de quelques heures, de l'hémoglobine capable de s'oxygéner de nouveau pour présenter les caractères de l'oxyhémoglobine. On comprend donc que certains corps, ayant la propriété de transformer l'hémoglobine en méthémoglobine, puissent passer par diverses voies dans le sang, même en quantité notable, sans produire une altération de ce liquide, la résistance de l'hémoglobine des hématies étant du reste facilitée par l'élimination rapide des substances en question. M. D.

De la répartition du sang circulant dans l'économie (poumons, encéphale, muscles), par E. SPEHL (*Thèse d'agrégation de Bruxelles*, 1883).

Si l'on fait abstraction de quelques anciennes expériences de Ranke, on peut dire que nous ne possédons aucune donnée positive sur la répartition du sang entre les différents organes du corps et sur les changements que subit cette répartition, quand l'organe passe de l'état de repos à celui d'activité.

L'intéressant travail de M. Spehl vient combler, au moins pour quelques organes, cette importante lacune de nos connaissances physiologiques. Les recherches de M. Spehl ont porté sur la circulation des poumons, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, sur celle de l'encéphale, ou plus exactement de la tête entière, pendant le sommeil et pendant la veille, et enfin sur la répartition du sang dans le train postérieur, les muscles étant au repos (sommeil chloralique, curare, simple repos), ou à l'état de contraction (strychnine, excitation électrique des sciatiques ou de la moelle). Ces recherches ont toutes été faites sur le lapin.

L'expérience consiste chaque fois à arrêter au même instant toute circulation dans les vaisseaux, de manière à fixer dans le réseau vasculaire de l'organe tout le sang qui le traversait à un moment donné. Pour la tête et le train postérieur, l'auteur emploie l'écraseur, qui permet d'interrompre brusquement les communications vasculaires avec le reste du corps. Pour les poumons, il a recours à un procédé des plus ingénieux,

dont il avait déjà donné antérieurement la description (Héger et Spehl, la fistule péricardique chez le lapin, *Archives de Biologie*, 1882). Il pratique chez l'animal vivant une fistule sternale du péricarde : un fil est glissé par cette ouverture sous le paquet des gros vaisseaux qui sortent du cœur. La fistule péricardique est ensuite refermée exactement et la pression négative rétablie à sa valeur primitive dans le péricarde (au moyen d'un aspirateur). Les organes thoraciques se retrouvent ainsi placés dans des conditions tout à fait normales. On choisit pour serrer le fil qui doit étreindre les vaisseaux pulmonaires, soit la phase d'inspiration, soit celle d'expiration.

Pour déterminer la quantité de sang contenue dans l'organe une fois isolé, Spehl fait usage de la méthode colorimétrique ordinaire modifiée de la façon suivante : un centimètre cube de sang artériel puisé dans la carotide est dilué dans un litre d'une solution de sulfate de soude au 1/200e et constitue l'étalon, la solution type. L'organe est pesé, puis découpé en très petits fragments qui sont malaxés et lavés à différentes reprises au moyen de la même solution de sulfate de soude. Les liquides de lavage sont mélangés et additionnés de solution sodique de manière à faire deux litres. Un échantillon de 20 centimètres cubes de cette solution de lavage filtrée, est dilué jusqu'à ce qu'il présente même pouvoir colorant que l'étalon.

La comparaison des deux liquides colorés se fait dans deux longues éprouvettes cylindriques ayant environ un centimètre de diamètre. Un calcul des plus simples fait alors connaître le volume du sang que contenait l'organe.

Indiquons brièvement les principaux résultats de ces expériences :

Poumons. — A l'inspiration, les poumons renferment environ la 13e partie de la masse totale du sang de l'animal, tandis qu'à l'expiration ils ne renferment plus que la 18e partie de la même quantité. Il est donc établi que le poumon contient d'autant plus de sang qu'il contient plus d'air. Ce résultat des plus importants peut être considéré comme clôturant définitivement un débat qui menaçait de s'éterniser entre physiologistes. Il peut conduire à des conséquences intéressantes relatives au traitement des affections pulmonaires. Spehl a répété l'expérience à la hauteur de 750 mètres au-dessus du niveau de la mer. Les résultats ont été sensiblement les mêmes.

Encéphale. — A l'état de veille, la tête renferme généralement la 8e partie environ de la masse totale du sang, tandis qu'à l'état de sommeil chloralique elle ne renferme que la 12e partie environ. L'auteur invoque ces chiffres à l'appui de la thèse d'après laquelle le cerveau se congestionne pendant la veille pour s'anémier pendant le sommeil.

Muscles. — Spehl constate que le minimum de sang contenu dans le train postérieur correspond précisément au minimum d'activité (résolution musculaire complète), tandis que le maximum de sang correspond au maximum de contraction (tétanos prolongé par excitation des sciatiques), et qu'en général la quantité de sang est d'autant plus grande que le travail est plus considérable. Les écarts entre les deux états extrêmes sont considérables : ainsi la quantité de sang contenue dans le train postérieur du lapin varie entre la 11e partie de la masse totale du sang et la 5e partie environ de cette même masse.

La conclusion générale qui se dégage de ces trois séries d'expériences, c'est qu'un organe contient d'autant plus de sang qu'il est plus actif et que l'état de repos coïncide avec le minimum de sang.

LÉON FREDERICQ.

The coordinating centers of Kronecker, par T. WESLEY MILLS (*New York Med. Journ.*, 13 *septembre* 1884).

L'auteur confirme les expériences récentes de Kronecker sur le centre de coordination des mouvements propres du cœur. Ce centre serait situé à l'union du tiers supérieur avec les 2/3 inférieurs du cœur, près d'une branche de l'artère coronaire gauche. Si l'on excite ce point avec un courant électrique, ou si on le perce avec une aiguille, la contraction rythmique des ventricules s'arrête, et est remplacée par une contraction fibrillaire, puis par la mort chez le chien. Si l'on pratique la respiration artificielle, le phénomène dure en général au moins 5 minutes ; les oreillettes continuent à battre pendant ce temps; l'excitation du pneumogastrique ne modifie point le phénomène.

Ce centre cardiaque ne serait pas préposé à la motricité ou à l'inhibition, mais bien à la coordination des mouvements du cœur. Son existence permet de comprendre certains cas de mort subite par affection cardiaque, piqûres du cœur, fièvre typhoïde, chloroformisation.

A. CHAUFFARD.

Ueber die willkürliche Acceleration der Herzschläge beim Menschen (Sur l'accélération volontaire des pulsations cardiaques chez l'homme), par J.-R. TARCHANOFF (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV p.* 109).

Tarchanoff a eu l'occasion d'étudier en détail les phénomènes de la circulation cardiaque et périphérique sur un sujet des plus intéressants, jeune étudiant en médecine de Saint-Pétersbourg. Eugène Salomé possède le singulier pouvoir d'accélérer notablement les battements de son cœur, par un simple effort de volonté. Il lui suffit de *vouloir* précipiter les pulsations cardiaques pour produire cet effet, sans qu'il soit possible de l'attribuer à une influence indirecte, soit de la respiration, soit des mouvements musculaires ou de toute autre cause. E. Salomé jouit d'ailleurs, à l'exemple de Jean Müller, d'un grand empire sur tous les mouvements musculaires de son corps, il remue le pavillon de l'oreille, est capable de fléchir isolément la troisième phalange de chacun de ses doigts, etc.

Tarchanoff inscrit simultanément sur le cylindre enfumé les mouvements respiratoires de son sujet au moyen du pneumographe de Marey, le nombre de pulsations cardiaques et l'état de la circulation périphérique au moyen d'un pléthysmographe de Mosso-Franck, destiné à recevoir le pied. Le signal electrique Marcel Desprez indique le moment des efforts de volonté et une horloge à secondes marque le temps. Les graphiques obtenus de cette façon ne montrent que des modifications insignifiantes du rythme respiratoire pendant l'effort de la volonté; le nombre des pulsations cardiaques augmente au contraire notablement : il passe, par exemple, de 96 à 123, de 70 à 105, de 93 à 120. En même temps, la

courbe pléthysmographique indique une diminution manifeste du volume du pied. Cette diminution du volume du membre (au repos le plus complet) peut tenir soit à un resserrement périphérique et local des vaisseaux, soit à une diminution dans le contenu sanguin des vaisseaux qui serait d'origine cardiaque. Pour décider entre ces deux alternatives, Tarchanoff mesure la pression artérielle dans l'artère radiale du sujet au moyen du sphygmomanomètre de Von Basch. Pendant la période du repos, le pouls battant par exemble 76 pulsations à la seconde, la pression oscille entre 105 et 110 millimètres de mercure. Pendant les périodes d'accélération volontaire du pouls, le nombre des pulsations s'élevant à 110 à la minute, la pression artérielle monte graduellement de 110 millimètres à 112, 115, 118 et 120 millimètres de mercure et se maintient pendant plusieurs minutes à cette hauteur après cessation complète de l'action accélératrice volontaire. Le pouls étant redescendu à 76 battements à la minute, l'augmentation de la tension artérielle persiste encore pendant cinq minutes. La diminution de volume du pied ne peut donc être rapportée à une diminution de la tension artérielle et doit s'expliquer par un resserrement périphérique des vaisseaux.

L'augmentation de la pression artérielle paraît elle-même due non à l'accélération du rythme cardiaque, mais principalement à l'action vasoconstrictrice indiquée par la courbe pléthysmographique. La diminution de volume du pied et la contraction de ses vaisseaux passent, en effet, exactement par les mêmes phases que l'augmentation de la pression sanguine. La chute de la courbe pléthysmographique se montre encore pendant plusieurs minutes après cessation de l'accélération volontaire des pulsations et disparaît en même temps que la hausse de la pression artérielle.

Il est donc hors de doute que l'acte de la volonté qui accélère les battements du cœur provoque en même temps l'excitation des centres vasoconstricteurs des extrémités, et que l'effet de cette excitation persiste un certain temps après la cessation de l'effort volontaire et de l'accélération cardiaque.

Il nous paraît superflu de discuter avec Tarchanoff la question de savoir si l'accélération des pulsations cardiaques ne pourrait pas être un effet de l'augmentation de la pression artérielle. Les recherches de Marey, confirmées par celles d'autres expérimentateurs, nous ont appris qu'une augmentation de la pression artérielle provoque un ralentissement et non une accélération des pulsations cardiaques. Tarchanoff semble partager à ce sujet l'erreur dans laquelle versent la plupart des cliniciens.

Le resserrement des vaisseaux du pied dans les expériences précédentes est accompagné d'un resserrement des vaisseaux de la main, comme le montrèrent les observations thermométriques faites par Tarchanoff. La température baisse de 1 à 2°, tandis que la peau du visage subit une élévation légère de la température (0,5° C.). Nous rencontrons donc ici la même série de phénomènes vaso-moteurs qui accompagne toute excitation nerveuse violente, notamment une contraction des vaisseaux périphériques coïncidant avec un certain degré de congestion vers la tête.

Le système vaso-moteur ainsi que le système moteur du cœur présente d'ailleurs chez E. Salomé une impressionnabilité exagérée. Les moindres

excitations extérieures provoquent chez lui une augmentation passagère de la pression sanguine et des battements du cœur.

L'accélération des pulsations cardiaques présentée par E. Salomé paraît bien être un effet direct d'un pur effort de volonté. S'agit-il d'une suspension de l'action modératrice du pneumogastrique sur le cœur, ou d'une excitation directe des accélérateurs? Les faits suivants plaident en faveur de la seconde hypothèse : l'accélération des pulsations s'établit graduellement et n'atteint son point culminant qu'une demi à trois quarts de minute après le début de l'effort de la volonté. De même après cessation de l'effort volontaire, le nombre des pulsations diminue lentement et graduellement et ne redescend à sa fréquence primitive qu'au bout de plusieurs minutes. Ceci rappelle entièrement les particularités de l'accélération cardiaque provoquée chez les animaux par l'excitation artificielle directe des accélérateurs. On voit que dans ces dernières conditions les pulsations sont à la fois accélérées et affaiblies. Or, les tracés sphygmographiques pris sur E. Salomé montrent également un affaiblissement manifeste de la pulsation cardiaque. Cette diminution dans la force d'impulsion du cœur cesse en même temps que l'accélération et n'est donc pas en rapport avec l'augmentation de la pression artérielle. Le dicrotisme et le tricrotisme du pouls sont plus marqués pendant l'accélération qu'avant. Tous ces caractères du tracé sphygmographique rappellent avec fidélité les tracés sphygmographiques pris chez des individus soumis dans les bains russes à une augmentation de la température interne. Or, les modifications produites dans le nombre et l'energie des pulsations cardiaques sous l'influence d'une élévation de température correspondent exactement aux phénomènes cardiaques qui suivent l'excitation des accélérateurs du cœur.

Au contraire, les phénomènes circulatoires observés sur E. Salomé ne présentent aucune des particularités qui caractérisent l'action modératrice du pneumogastrique ou la suspension de son pouvoir d'inhibition. Il est donc probable que les hémisphères cérébraux agissent chez E. Salomé directement sur les centres médullaires de l'accélération cardiaque et sur les centres vaso-moteurs.

Tarchanoff énumère quelques influences qui diminuent le pouvoir que E. Salomé possède, de modifier le nombre des pulsations cardiaques; ce sont la fatigue musculaire et cérébrale, les excès sexuels, les boissons échauffantes, le séjour prolongé dans les bains russes, l'insomnie nocturne, l'abus du tabac, etc. La répétition à court intervalle de l'acte volontaire d'accélération agit puissamment dans le même sens. Répétée plusieurs fois de suite, l'expérience donne un résultat purement négatif et le sujet ne peut plus produire la moindre accélération, malgré les efforts de volonté les plus énergiques.

L'arsenic (liqueur de Fowler) augmente au contraire le pouvoir d'accélération. L'expérience réussit d'ailleurs le mieux le matin, à jeun, après une nuit de repos complet.

Le professeur Botkin a soumis E.Salomé à un examen clinique détaillé. Il a constaté l'affaiblissement du choc du cœur pendant la période d'accélération.

Tarchanoff a recherché si parmi les personnes qu'il connaît et qui savent comme E. Salomé remuer le pavillon de l'oreille et fléchir isolément

la troisième phalange des doigts, il ne s'en trouve pas qui jouissent également du pouvoir d'accélérer à volonté les battements de leur cœur. Il a reconnu que cette propriété était assez répandue chez ces personnes, et qu'elle ne constitue donc pas une grande rareté. Une des personnes examinées par lui parvint avec un peu d'exercice à faire monter le nombre des pulsations de 85 à 160 à la minute. Tarchanoff croit que l'on doit rencontrer dans le monde des théâtres fréquemment des sujets présentant la même particularité physiologique. Il engage les médecins qui se trouvent en rapport avec des acteurs à diriger leur attention de ce côté. Cependant il ne faut pas perdre de vue que les expériences de ce genre peuvent présenter certains dangers au point de vue du développement d'affections cardiaques nerveuses. La personne qui avait réussi à pousser au double le nombre des battements du cœur, par un simple effort de volonté, est à présent atteinte de palpitations graves qui troublent son sommeil.

LÉON FREDERICQ.

Einige Kymographische Messungen am Menschen (Quelques mensurations kymographiques chez l'homme), par ALBERT (*Wien. med. Jahrb., Heft II, p.* 249, 1883).

Le kymographion de Ludwig n'a été appliqué jusqu'ici qu'aux animaux. L'auteur l'a adapté à l'artère tibiale antérieure de trois sujets dont il allait amputer la cuisse ou la jambe ; il découvrait l'artère au-dessus du pied après anesthésie préalable, afin de respecter son champ d'opération et d'éviter tout accident à ses opérés.

On sait que Schapiro, Friedmann et Thomayer ont vu la pression artérielle augmenter dans le décubitus horizontal et diminuer dans la station debout. L'auteur a dû se contenter de faire asseoir ses patients, mais ce changement de position a toujours eu pour résultat d'élever la pression sanguine de 15 millimètres de mercure en moyenne, au lieu de l'abaisser comme on aurait pu s'y attendre. Cette différence est peut-être due à la compression des viscères abdominaux chez le sujet assis, compression qui fait refluer le sang veineux au cœur droit, et augmente ainsi la pression sanguine. Quoi qu'il en soit, ce résultat montre qu'on a raison de faire coucher les malades atteints d'hémoptysie, afin de diminuer chez eux la pression. Celle-ci augmente sous l'influence des secousses de toux.

Dans deux cas, l'extrémité inférieure du côté opposé fut enveloppée dans la bande d'Esmarch : cela ne détermina qu'une élévation de 15 millimètres de la colonne mercurielle.

La courbe n'a pas été influencée par les mouvements respiratoires.

L. GALLIARD.

Ueber elektrische Geruchsempfindung (Sensation olfactive produite par l'électricité), par Ed. ARONSOHN (*Verhandl. d. Berliner physiol. gesellschaft; Archiv für Anatomie und Physiologie, p.* 460, 1884).

Aronsohn a cherché à soumettre la muqueuse olfactive à l'action du courant électrique en évitant toute excitation des rameaux sensibles du trijumeau. La narine est remplie d'une solution tiède de chlorure de

sodium (0.73 0/0 de NaCl à + 38° C) dans laquelle plonge l'une des électrodes (fil de platine ou mieux électrode impolarisable), l'autre électrode est appliquée sur la peau du front ou du nez. Aronsohn arrive dans ces conditions à provoquer par l'excitation électrique des sensations nettement olfactives, ne ressemblant nullement à l'odeur du phosphore, mais aussi difficiles à décrire que le sont les autres sensations, par exemple celles des couleurs simples. La qualité de la sensation ne dépend pas de la direction du courant.

Les faits découverts par Aronsohn rentrent de la façon la plus remarquable dans la loi générale de l'excitation électrique. La muqueuse olfactive intercalée dans le circuit électrique est le point de départ de sensations olfactives chaque fois qu'un courant constant assez fort y naît ou disparaît, chaque fois que l'intensité de ce courant est renforcée ou diminuée brusquement. Tant que le courant passe, tant qu'il conserve la même valeur, la muqueuse n'est pas excitée. En outre, l'excitation de fermeture naît au pôle négatif (kathode), celle de rupture, au pôle positif (anode).

Par conséquent, si l'électrode négative plonge dans la narine, on n'aura de sensation olfactive qu'à la fermeture du courant ou à son augmentation, mais non à sa rupture; de même l'électrode positive plongeant dans la narine donne une sensation olfactive à la rupture ou à la diminution du courant et non à la fermeture du courant. La sensation est d'autant plus forte que le courant a plus d'intensité. Le minimum d'intensité de courant nécessaire à la production d'une sensation olfactive est de 0,1 à 0,2 milli-Ampère.

La sensation produite à la rupture du courant croît avec la durée du passage du courant. La sensation de rupture est plus faible que celle de fermeture, toutes choses égales d'ailleurs, etc.

Aronsohn n'a pas réussi à provoquer des sensations olfactives au moyen de courants induits; il n'a obtenu que du chatouillement ou de la douleur.

L. F.

De l'accommodation de perspective, par PROMPT (*Archiv. de Physiologie*, 15 *mai* 1884).

Dans la perspective rétinienne, beaucoup de propriétés fondamentales des formes sont faussées de la manière la plus grave. Des lignes parallèles deviennent des lignes qui se rencontrent; des angles droits deviennent aigus; des objets identiques entre eux prennent les formes les plus dissemblables, suivant qu'ils sont vus de face ou en raccourci. Nos sensations seraient absurdes si elles étaient basées uniquement sur la perception d'images semblables. Nous possédons donc une faculté physiologique spéciale, désignée sous le nom d'*accommodation de perspective* en vertu de laquelle notre jugement intervient sans cesse pour corriger les modifications exagérées que la production naturelle des images rétiniennes inflige à la forme véritable des objets, et pour nous procurer dans la plupart des cas des sensations vraies, quoique nous ayons la perception d'une image fausse.

A. GILBERT.

De l'exacerbation vespérale de la température physiologique, par MAUREL (*Bullet. de l'Acad. de Méd., t. XIII, n° 37*).

L'auteur attribue cette exacerbation à trois causes au moins : l'alimentation, la lumière et les mouvements. La première est la plus importante, car si l'on fait manger un animal la nuit et si on le fait jeûner pendant le jour, le maximum de la température s'observe le matin. Sur la différence habituelle de 0,8 à 1°, cinq à six dixièmes reviennent à l'alimentation, et le reste, par parties égales ou à peu près, au mouvement et à la lumière. Les autres influences paraissent n'avoir qu'une action secondaire.

GASTON DECAISNE.

I. — Ueber die Aufnahme von Sauerstoff bei erhöhtem Procentgehalt desselben in der Luft (Sur l'absorption d'oxygène dans une atmosphère suroxygénée), par S. LUKJANOW (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p. 315, juin 1884*).

II. — Neue Versuche über den Einfluss des Sauerstoffgehaltes der Einathmungsluft auf den Ablauf der Oxydationsprocesse im thierischen Organismus (Nouvelles expériences sur l'influence que la richesse en oxygène de l'air inspiré exerce sur la marche des phénomènes d'oxydation dans l'organisme animal), par G. KEMPNER (*Archiv für Anatomie und Physiologie, p. 396, 30 septembre 1884*).

III. — Recherches sur l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration dans les atmosphères oxygénées, par de SAINT-MARTIN (*Annales de Chimie et de Physique, p. 249, octobre 1884*).

IV. — Influence des variations de la composition centésimale de l'air sur l'intensité des échanges, par Léon FREDERICQ (*Livre jubilaire publié par la Société de Médecine de Gand, octobre 1884*).

Lavoisier et Séguin (1789) n'avaient observé aucun changement dans les produits de la respiration, quand, au lieu d'air ordinaire, ils employaient, comme milieu respirable, soit de l'air suroxygéné, soit de l'oxygène pur. Regnault et Reiset étaient arrivés à la même conclusion dans leurs recherches classiques sur la respiration (1848). Pour Paul Bert au contraire, l'activité des combustions organiques, dans les atmosphères suroxygénées, va en augmentant d'abord pour diminuer ensuite, après avoir passé par un certain maximum qui est probablement placé au-dessus de 42 pour 100 d'oxygène. Quelques expériences de Speck ont été interprétées dans le même sens que celles de Paul Bert. En présence de cette contradiction, il était utile de reprendre à nouveau la question. C'est ce qu'ont fait les auteurs des quatre mémoires dont nous donnons les titres. Disons de suite qu'ils sont arrivés tous quatre à la même conclusion, à savoir que l'activité des combustions organiques reste la même, que l'animal respire de l'air ordinaire, de l'air suroxygéné ou de l'oxygène pur.

I. — Lukjanow a expérimenté, au moyen d'un appareil de Regnault et Reiset (modifié légèrement), sur des rats adultes et nouveau-nés, des cochons d'Inde, un chien, un chat, un pigeon et un canari placés tantôt dans de l'air atmosphérique normal ou légèrement suroxygéné (21-30 0/0),

tantôt dans un mélange riche en oxygène (60-90 0/0 d'O). Il a répété les expériences sur des animaux malades (saignée, fièvre septique). L'augmentation de la tension de l'oxygène respiré fut sans influence sur la consommation de ce gaz.

II. — Les expériences de Kempner ont été faites sur des lapins normaux ou curarisés au moyen d'un appareil respiratoire construit par Zuntz sur le principe de l'appareil de Regnault et Reiset. Le même appareil sous une forme plus simple avait été employé antérieurement dans de nombreuses recherches sur la respiration du lapin exécutées à Bonn sous la direction de Pflüger. L'animal respire, au moyen d'une canule trachéale, un mélange gazeux renfermé dans une cloche graduée exactement équilibrée dans toutes ses positions sur un bain de mercure. Des flacons laveurs contenant de la potasse servent de valvules d'inspiration et d'expiration et enlèvent CO^2 à mesure de sa production. Une disposition spéciale restitue automatiquement à la cloche l'oxygène consommé par l'animal. Une pompe aspirante et foulante annexée à l'appareil permet d'entretenir la respiration artificielle. Kempner a déterminé au moyen de cet appareil l'influence que la tension de l'oxygène dans l'air inspiré exerce sur la consommation de l'oxygène et sur la production de CO^2. L'influence d'une augmentation de la tension (20 à 30 0/0 d'O) est nulle. Par contre une diminution relativement faible de la proportion d'oxygène dans l'air inspiré suffit déjà à diminuer l'intensité des échanges respiratoires.

L'influence d'une atmosphère ne contenant que 18 0/0 d'oxygène est déjà manifeste. Elle le devient encore plus si la proportion d'oxygène tombe à 15, à 10 0/0 ou au-dessous. Dans ces conditions l'absorption d'oxygène diminue notablement, l'exhalaison de CO^2 subit également une diminution, mais un peu moins importante.

III. — De Saint-Martin a fait onze expériences sur un cobaye et cinq sur un rat. Ces animaux étaient placés dans un appareil de Regnault et Reiset modifié de manière à prévenir l'accumulation de CO^2 dans l'appareil. On mesurait l'oxygène consommé et l'on pesait CO^2 produit par l'animal. Les expériences dans l'air (20,95 0/0 d'O) alternaient avec celles faites dans une atmosphère suroxygénée (40 à 66 0/0 d'oxygène).

En moyenne, les différences existant entre les expériences faites dans l'air ordinaire et celles effectuées dans l'air suroxygéné sont très faibles, d'ordre purement physiologique ; elles n'atteignent pas la valeur des différences observées entre deux expériences faites à la même température dans l'air ordinaire. De Saint-Martin en conclut que les phénomènes chimiques de la respiration ne subissent aucun changement appréciable par le fait de la suroxygénation de l'atmosphère dans laquelle ils s'accomplissent.

IV. — Léon Fredericq arrive à la même conclusion. Les expériences ont été faites sur l'homme au moyen d'un appareil rappelant de loin celui qui a servi aux expériences de Kempner, mais beaucoup plus simple. Le sujet, situé également en dehors de l'appareil, respire l'air contenu dans un grand spiromètre, par le moyen d'une pièce buccale et d'un tube sur lequel sont intercalées des caisses de Schwann pour l'absorption de CO^2. Quand le sujet respire une atmosphère suroxygénée il y a au début de l'expérience une légère augmentation dans la quantité d'oxygène absorbée. Cette augmentation ne se maintient pas et provient sans aucun doute de

ce qu'une proportion d'oxygène plus grande se dissout dans le plasma sanguin et dans les autres liquides de l'organisme. Si l'on a soin, avant de commencer une expérience, de respirer pendant quelques instants le même mélange suroxygéné qui servira à l'expérience, on n'observe plus l'augmentation d'absorption d'oxygène du début.

La présence d'une petite quantité de CO^2 (légère dyspnée) dans le mélange respiré provoque une augmentation très manifeste de la consommation d'oxygène.

La dyspnée produite par diminution d'oxygène dans l'air respiré est au contraire caractérisée par une diminution dans l'absorption d'oxygène. (Voir *R. S. M.*, XVII, 66.) LÉON FREDERICQ.

Ueber eine electromotorische Eigenschaft des bebrüteten Hühnereies (Sur une propriété électromotrice de l'œuf de poule soumis à l'incubation), par L. HERMANN et A. von GENDRE (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 34, 1884).

Si l'on ouvre avec précaution un œuf de poule en voie de développement et si l'on applique à sa surface les électrodes impolarisables à pointe d'argile, de manière à relier électriquement le corps de l'embryon avec un point quelconque du vitellus ou même avec un point de l'albumen, on constate régulièrement l'existence d'un courant électrique indiquant que l'embryon présente une tension électrique positive par rapport au jaune. Le courant est souvent assez fort pour chasser entièrement l'image de l'échelle en dehors du champ de la lunette (boussole de Wiedermann). La force électromotrice qui le produit peut atteindre 1/100 de Daniell. Elle semble augmenter d'intensité pendant les premiers jours, jusque vers la 80e heure du développement, pour décroître ultérieurement. L. F.

Zur Frage des fœtalen Stoffwechsels (Contribution à l'étude des phénomènes d'assimilation et de désassimilation chez le fœtus), par WIENER (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 2).

Résumant les recherches qui ont été faites sur ce sujet et le résultat de ses propres expériences, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Il existe chez le fœtus un certain nombre d'organes qui fonctionnent comme chez l'adulte, surtout dans la dernière période de la vie fœtale. De très bonne heure, les reins du fœtus se comportent à l'égard de certaines substances : sulfate d'indigo et de soude, hémoglobine dissoute, comme les reins de l'adulte et éliminent très rapidement ces substances. La faculté d'absorption des voies lymphatiques est très énergique et la circulation lymphatique très active; enfin la muqueuse intestinale possède déjà chez le fœtus la faculté d'absorber non seulement les substances à l'état de dissolution, mais même les corps gras. Si l'on tient compte de ces faits, de l'existence de sécrétions hépatique, cutanée et intestinale, du développement relativement considérable de l'appareil digestif stomacal, et de la propriété que possèdent déjà les extraits de parotide et de pancréas de développer la fermentation, il est impossible de contester que les organes de sécrétion et d'absorption du fœtus soient

capables de remplir leurs fonctions, et commencent à fonctionner dès que leur structure anatomique et leur développement le permettent. Si le mouvement d'échange nutritif du fœtus est moins considérable que chez l'adulte, il n'en existe pas moins; mais il est vraisemblablement proportionné à la grosseur et au degré de développement du fœtus. Les produits résultant du mouvement nutritif du fœtus sont toujours assez importants pour entraîner un fonctionnement régulier des reins. H. DE BRINON.

Oscillations et formation de l'urée pendant la digestion des aliments azotés, par QUINQUAUD (*Bull. de la Soc. de Biol.*, 11 *octobre* 1884).

L'auteur conclut d'un certain nombre d'expériences sur le sang d'animaux soumis à une alimentation azotée, que l'urée augmente peu de temps après le repas et atteint son maximum quatre heures après l'alimentation ; en outre, il démontre que, à jeun, les tissus et le sang contiennent de faibles proportions d'urée, qui augmentent pendant la digestion; et que, pendant cet acte, les viscères abdominaux en sont un lieu de production très actif. OZENNE.

De l'assimilation de la maltose, par A. DASTRE et E. BOURQUELOT (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 30 *juin* 1884).

On sait que les aliments féculents sont transformés dans l'acte de la digestion de manière à produire une forte portion de maltose. Ce sucre, n'étant lui-même modifié par aucun des ferments digestifs, il est évidemment introduit en nature dans le sang. Mais qu'y devient-il ? Est-il impropre aux échanges nutritifs comme les saccharoses, ou est-il, au contraire, assimilable comme la glucose ? En expérimentant par injection directe dans le sang, et en recherchant si l'organisme conserve la maltose, ou s'il la rejette en nature par les émonctoires naturels, on constate qu'il en est consommé une quantité considérable, comparable à la proportion de glucose pure assimilée dans des circonstances analogues. La maltose intervient donc directement dans les échanges organiques. Au point de vue de leur utilisation par les éléments anatomiques, les sucres peuvent donc se ranger dans l'ordre suivant, en commençant par les plus réfractaires : saccharose, lactose, maltose et glycose. M. DUVAL.

Der Einfluss des Asparagin auf den Eiweissumsatz und die Bedeutung desselben als Nährstoff, par Immanuel MUNK (*Arch. für path. An. u. Phys. XCIV, Heft* 3, *p.* 437, 1883).

L'asparagine se rencontre dans un certain nombre de plantes alimentaires. C'est une amide. Dans le sang on trouve à peine des amides, par contre on y rencontre beaucoup d'acides amidés dont un dérivé de l'asparagine.

La plupart de ces acides amidés (tels que la tyrosine, la leucine, le glycocolle) proviennent de la désassimilation des matières albuminoïdes. L'auteur a recherché si l'asparagine paraît dans l'alimentation suppléer l'albumine. Il constate que chez les oiseaux et les herbivores l'asparagine

paraît en effet être un aliment et diminuer la désassimilation de l'albumine, mais que chez les carnivores elle n'a aucune de ces deux propriétés.

P. GALLOIS.

I. — **Ueber die Fettresorption im Dünndarm (Sur la résorption de la graisse dans l'intestin grêle), par Th. ZAWARYKIN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 231, 1883).

II. — **Ueber die Fettresorption im Dünndarm (Sur la résorption de la graisse dans l'intestin grêle), par E.-A. SCHÄFER** (*Ibid., Band XXXIII, p.* 513, 1884).

III. — **Ueber den Mechanismus der Fettresorption (Sur le mécanisme de la résorption de la graisse), par O. WIEMER** (*Ibid., Band XXXIII, p.* 515, 1884).

IV. — **Einige die Fettresorption im Dünndarm betreffende Bemerkungen (Quelques remarques sur la résorption de la graisse dans l'intestin grêle), par Th. ZAWARYKIN** (*Ibid., Band XXXV, p.* 145, 1884).

I. — L'absorption de la graisse dans l'intestin grêle ne se ferait pas à travers la substance même des cellules épithéliales cylindriques qui limitent la surface interne de l'intestin. Les globules de graisse passeraient entre les cellules pour pénétrer dans la profondeur de la villosité intestinale; ce sont les cellules lymphatiques de la substance adénoïde qui seraient les agents actifs de ce transport. Ces cellules, encore dépourvues de graisse, se glisseraient entre les cellules épithéliales, iraient chercher les globules graisseux à la surface libre de l'intestin, puis leur provision faite, retourneraient dans la profondeur pour transporter la graisse aux vaisseaux chylifères. Les détails de ce double voyage des leucocytes, allant chercher la graisse à la surface libre de l'intestin et la rapportant ensuite dans la profondeur, se verraient fort nettement sur des coupes fines d'intestin de mammifères, après traitement successif par l'acide osmique, le picrocarmin, l'alcool, l'essence de clous de girofle et inclusion dans le baume de Canada.

II. — Schäfer, dans une réclamation de priorité dirigée contre le travail de Zawarykin précédemment analysé, rappelle qu'il a depuis plusieurs années fait connaître le rôle que les cellules lymphatiques jouent dans la résorption des graisses. Il croit cependant que Zawarykin a tort de dénier à l'épithélium cylindroïde toute participation au passage de la graisse de la surface vers la profondeur. Schäfer a vu, comme Virchow, Kölliker et d'autres, ces cellules épithéliales remplies de globules de graisse.

III. — L'auteur commence par passer en revue les travaux assez nombreux qui, depuis Gruby et Delafond (1843) jusqu'à Watney et Zawarykin (1883), ont été consacrés à la solution de cette question.

Les résultats de ses propres recherches peuvent se résumer de la façon suivante. Wiemer a fait ses observations sur l'intestin de la grenouille : il confirme l'existence de nombreux leucocytes entre les cellules épithéliales de l'intestin et la présence de granulations graisseuses dans certains d'entre eux; mais il considère la présence de cette graisse comme accidentelle et n'offrant aucune importance au point de vue de la résorption de la graisse. Wiemer admet que la graisse est saisie par les prolongements

protoplasmatiques des cellules épithéliales et incorporée à ces cellules, qu'elle doit traverser pour pénétrer dans la profondeur de la muqueuse. Wiemer se range donc du côté de ceux qui font jouer à l'épithélium cylindroïde de l'intestin le principal rôle dans l'absorption de la graisse.

Il n'admet pas que les globules lymphatiques aient une affinité spéciale pour la graisse. Il a introduit de petits fragments de bois enduits d'huile dans les sacs lymphatiques de la grenouille, en même temps qu'il faisait avaler de la graisse aux mêmes animaux. Au contact de l'épithélium intestinal, la graisse fut parfaitement résorbée, tandis que l'enduit graisseux persista à la surface du bois et ne fut pas résorbé par les leucocytes de la lymphe.

IV. — Zawarykin répond à la réclamation de Schäfer et discute les résultats du travail de Wiener. Il maintient ceux de ses propres recherches. Il a répété ses expériences sur la grenouille et a constaté également le rôle prépondérant joué par les leucocytes dans l'absorption de la graisse. LÉON FREDERICQ.

Die Bewegungs-und Hemmungsnerven des Rectums (Les nerfs moteurs et les nerfs d'arrêt du rectum), par FELLNER (*Wien. med. Jahrb., Heft IV, p.* 571, 1883).

Voici les résultats des expériences de l'auteur :

Les deux systèmes musculaires du rectum sont animés par des nerfs moteurs qui proviennent de sources différentes : les nerfs destinés aux fibres longitudinales émanent du plexus sacré (*nervi erigentes*); ceux qui animent les fibres circulaires naissent du ganglion mésentérique postérieur. Les uns et les autres aboutissent au plexus hypogastrique.

Il existe aussi deux ordres de nerfs d'arrêt destinés à influencer soit les fibres longitudinales, soit les fibres circulaires du rectum. Ces nerfs sont accolés aux précédents, mais de telle sorte que chacun s'associe à son antagoniste.

Ainsi le tronc nerveux qui émane du plexus sacré contient, outre le nerf érecteur des fibres longitudinales, le nerf d'arrêt des fibres circulaires ; le filet que fournit le ganglion mésentérique postérieur contient à la fois le nerf érecteur des muscles circulaires et le nerf d'arrêt des muscles longitudinaux.

De cette façon, une excitation qui détermine le mouvement d'un système de fibres musculaires paralyse du même coup le système antagoniste. Ce qui prouve la réalité de ce fait, c'est l'observation des mouvements spontanés du rectum, tels qu'on les voit par exemple après la mort; les deux systèmes musculaires ne se contractent jamais simultanément, les contractions de l'un d'eux ne commencent qu'après cessation des mouvements de l'antagoniste.

L'action des nerfs d'arrêt consiste dans la diminution ou la suspension complète du tonus musculaire ; l'électrisation de ces nerfs produit soit la dilatation, soit l'allongement du rectum, et paralyse les mouvements spontanés.

L'effet de l'excitation électrique d'un nerf érecteur est détruit par l'excitation du nerf d'arrêt correspondant ; il y a antagonisme entre les deux filets d'un même système. L. GALLIARD.

Étude sur la spermatogenèse, par A. SWAEN et H. MASQUELIN (*Arch. de Biologie, t. IV, fasc. IV*, 1883).

Les recherches de ces auteurs ont porté sur les testicules des sélaciens, de la salamandre et du taureau. L'acide nitrique à 3 0/0 conserve le mieux les éléments des sélaciens; pour la salamandre, c'est le liquide de Flemming (acide chromique, acide osmique et acide acétique) qui leur a donné les meilleurs résultats, et pour le taureau une solution à 1 0/0 d'acide osmique.

Conformément à la théorie de Lavalette-Saint-Georges, chez les sélaciens et la salamandre, les spermatozoïdes ont pour origine des cellules semblables à de jeunes ovules; les auteurs conservent à ces éléments le nom d'ovules mâles, que Robin leur avait donné. Ces cellules se multiplient par division indirecte et donnent ainsi naissance à un grand nombre de spermatocytes et à une substance intercellulaire qui les réunit en groupes désignés sous le nom de spermatogemmes.

Avec Sertoli, Krause et Reusen, Swaen et Masquelin regardent comme des ovules mâles, chez les mammifères, les petites cellules pariétales que Lavalette considère comme des cellules folliculeuses. Ces ovules mâles se comportent chez les mammifères comme chez les animaux précédents, avec cette différence que des deux premiers produits de leur division, l'un reste inactif pendant un certain temps (ovule mâle inerte), tandis que l'autre (ovule mâle actif) se multiplie par division et constitue une spermatogemme. Cette particularité, propre aux mammifères, serait nécessitée par la production continue des spermatozoïdes dans les mêmes tubes séminifères.

Les cellules folliculeuses jouent dans la spermatogenèse un rôle assez important au point de vue du groupement des éléments et même de l'expulsion des spermatozoïdes.

Chez les sélaciens, ces cellules, après avoir formé des enveloppes incomplètes aux ovules mâles puis aux spermatogemmes, disparaissent et se résorbent, à l'exception de l'une d'entre elles; celle-ci, gagnant la paroi conjonctive de l'ampoule, s'insinue entre elle et la spermatogemme et constitue la cellule basilaire de cette dernière. Quand la spermatogemme est arrivée à son complet développement, elle est constituée par 64 à 65 spermatocytes groupés régulièrement autour d'une cavité centrale, la loge caudale. Les spermatocytes devenus nématoblastes restent orientés par cette loge dans laquelle s'engagent leurs queues; leurs têtes sont entourées par la cellule basilaire, qui les unit en un faisceau cylindroïde et finit par les expulser dans la cavité ampullaire. La tête des spermatozoïdes n'est pas seulement constituée par le noyau du spermatoblaste allongé en fibre, mais encore par une enveloppe protoplasmique continue, réduite à une seule couche excessivement mince et étroitement appliquée sur la fibre nucléaire.

Chez la salamandre, les cellules folliculeuses forment une enveloppe complète aux ovules mâles, et cette enveloppe persiste pendant toute la durée de l'évolution des spermatozoïdes: autour des spermatogemmes, on la retrouve plus ou moins modifiée, remplissant à la fin le rôle de la cellule basilaire des sélaciens.

Chez les mammifères, les cellules de soutien remplissent le même rôle

que les cellules folliculeuses et forment des enveloppes incomplètes aux ovules mâles inertes et, vis-à-vis des nématogemmes, se comportent comme les cellules basilaires des sélaciens.

Swaen et Masquelin comparent en terminant l'évolution de l'ovule dans l'ovaire et dans le testicule : dans l'ovaire, il se développe en étendue; dans le testicule, il se multiplie et produit une foule de petites cellules destinées à se transformer en spermatozoïdes. Les cellules folliculeuses se multiplient avec activité autour de l'ovule femelle ; autour de l'ovule mâle, elles ne se multiplient guère et le plus souvent grandissent.

F. HENNEGUY.

Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die Todtenstarre (Influence du système nerveux sur la rigidité cadavérique), par A. von GENDRE (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 45, 1884).

Von Gendre a repris les expériences de von Eiselsberg sur l'influence que la section des nerfs ou la destruction des centres nerveux exerce sur la rapidité avec laquelle s'établit la rigidité cadavérique. Il a constaté sur la grenouille que le système nerveux central agit d'une façon manifeste pour accélérer la production de la rigidité cadavérique après la mort. Si le système nerveux central est intact, il suffit de couper un des sciatiques pour retarder dans les muscles de la patte correspondante le début de la rigidité cadavérique. Si on supprime l'influence de la moelle en la détruisant mécaniquement ou en l'empoisonnant par la strychnine, la section du sciatique n'a plus d'action sur la rigidité. Il en est de même dans l'empoisonnement par le curare. Les mêmes expériences furent répétées avec le même résultat sur de jeunes rats blancs tués par hémorragie.

L. P.

I. — Beobachtungen über die Athmung des Igels während des Winterschlafes (Observations sur la respiration du hérisson pendant le sommeil hibernal), par Paul BONGERS (*Archiv für Anatomie und Physiologie, physiologische Abtheilung, p.* 324, 1884).

II. — Sur la respiration des chauves-souris pendant leur sommeil hibernal, par E. DELSAUX (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique, n°* 7, 1884).

I. — A. Mosso a signalé, en 1878, chez l'homme profondément endormi et chez le *Myoxus avellanarius* pendant la période d'hibernation, un rythme respiratoire spécial rappelant le phénomène dit de Cheyne-Stokes et caractérisé par de longues pauses alternant avec des groupes de mouvements respiratoires rapprochés. Fano a observé le même phénomène chez la tortue pendant le sommeil d'hiver. Paul Bongers le retrouve chez le hérisson en hibernation. Il enregistre les mouvements respiratoires au moyen de deux tambours à levier de Marey conjugués et il obtient des graphiques montrant des groupes de 12 à 25 mouvements respiratoires séparés par des pauses de 32 à 45 minutes. Le nombre des mouvements correspondant à chaque groupe ainsi que la durée des pauses varie d'un jour à l'autre; mais dans une même série de graphiques pris sans interruption, le rythme respiratoire présente

une régularité pour ainsi dire mathématique se soutenant pendant des heures.

L'élévation de la température et les excitations tactiles raccourcissent la durée des pauses qui séparent deux groupes successifs de mouvements respiratoires. Une excitation peut même être suivie immédiatement d'un groupe de respirations, à condition que l'excitation survienne au moins trois minutes après un groupe de mouvements. Si l'intervalle est plus petit, l'excitation ne produit pas d'effet.

P. Bongers a produit sur un autre hérisson entièrement réveillé un état de sommeil profond en lui injectant un demi-gramme de chloral sous la peau. Ce sommeil est entièrement différent de l'état d'hibernation. La respiration se ralentit extraordinairement mais elle ne montre jamais le rythme caractéristique de l'hibernation. Les respirations se succèdent régulièrement sans former de groupes.

II. — Delsaux constate également le phénomène de Cheyne-Stokes chez les chauves-souris (Oreillard et Murius) prises en hiver dans les grottes de la montagne Saint-Pierre de Maestricht : séries de mouvements respiratoires rapprochés et superficiels, séparés par des pauses de 15 minutes. Le bruit et la lumière ne paraissent exercer aucune influence sur ce singulier mode de respiration ; mais en revanche le plus léger attouchement, la moindre secousse imprimée à l'animal suffit pour faire cesser la pause et pour provoquer une série de mouvements respiratoires. Si l'on répète les excitations tactiles, l'animal se remet à respirer d'une façon continue, les mouvements respiratoires s'accélèrent de plus en plus et finissent par conduire au réveil complet l'animal, accompagné d'une élévation rapide de la température et d'une production colossale de CO^2 (8,400 cc. de CO^2 par heure et par kilogramme d'animal).

L'animal se réveille également quand on le plonge dans une atmosphère de CO^2 ou quand on le soumet à une brusque dépression. Un oreillard peut être congelé presque en entier sans mourir.

Delsaux étudie, au moyen d'un appareil respiratoire analogue à celui de Voit et Pettenkofer, l'influence que la température ambiante exerce sur l'intensité des échanges respiratoires chez les chauves-souris en hibernation. Par une température ambiante de 0°, les chauves-souris exhalent un peu plus de 40 cc. de CO^2 par heure et kilogramme d'animal. A 7°,5 elles exhalent 57,3 cc. CO^2, et à 8°, au delà de 60 c.c. par heure et kilogramme. Une élévation de la température ambiante a donc pour effet de diminuer le chiffre d'anhydride carbonique produit. Sous ce rapport, les chauves-souris en hibernation se comportent non comme des animaux à sang chaud, mais bien comme des animaux à sang froid.

LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Beitrag zum Studium der Peptonisation (Contribution à l'étude de la peptonisation), par Th. CHANDELON (*Berichte des deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XVII, p.* 2143, 1884).

On sait par les travaux de Thenard, Paul Bert et Regnard, Béchamp, etc., que la fibrine et les tissus organiques décomposent l'eau oxygénée sans éprouver de transformation. D'autres éléments organiques sont sans action et ne dégagent pas d'oxygène. On sait aussi que Weltzien a démontré que le fer et l'aluminium, qui ne décomposent pas l'eau oxygénée, se transforment en hydrate. On pouvait donc se demander si certaines substances organiques ne pouvaient pas subir une décomposition du même ordre.

L'auteur a soumis une solution albuminée à l'action de l'eau oxygénée produite en faisant passer un courant d'acide carbonique dans de l'eau contenant du bioxyde de baryum.

L'albumine, sous cette influence, ne fournit ni leucine ni tyrosine, qui sont les premiers produits de sa décomposition, mais finit par se transformer en partie en peptone.

L'auteur répéta cette même expérience en additionnant d'acide cyanhydrique la solution d'albumine pour empêcher la fermentation putride, puis il fit passer le courant d'acide carbonique pendant plus de 24 heures ; il obtint, après avoir enlevé le carbonate de baryte, de l'hydrate de peroxyde de baryum et une substance organique floconneuse, insoluble. *Dyspeptone.*

Le liquide contenait en outre :

1° Une substance protéïque (albuminate) qui présentait le caractère de la caséine;

2° Une matière qui avait les caractères de l'apeptone de Meissner, albuminose de Kühne, propeptone de Schmidt Mulheim;

3° Un corps qui avait les réactions de la peptone.

On sépare en trois substances de la manière suivante : le liquide est filtré, on ajoute un petit excès d'acide sulfurique étendu que précipite non seulement l'excès de baryte mais aussi de protéine. On neutralise complètement avec de l'hydrate de baryte. On filtre à la trompe. Le liquide est concentré, on y ajoute 1 0/0 de sel marin pour assurer la complète précipitation de l'albumine non transformée, et on porte à l'ébullition. On filtre et on sature par le sel marin en poudre. Il se forme un précipité de propeptone qui se rassemble en flocons à la température du bain-marie. On le recueille sur un filtre et on lave avec une solution de sel marin. On porte le liquide à l'ébullition pour enlever toute la propeptone. On concentre jusqu'à cristallisation commençante du sel marin, et on soumet à la dialyse jusqu'à ce que le liquide qui passe ne précipite plus par le nitrate d'argent. On doit pendant cette dernière opération ajouter

de l'acide cyanhydrique pour empêcher la putréfaction. On précipite le liquide dialysé par trois fois son volume d'alcool à 90° et on a un précipité blanc de peptone.

L'auteur fait remarquer que la proportion relative de ces substances peut varier, et que dans certains cas la quantité de protéine est plue grande que celle de la peptone.

En résumé, ces expériences prouvent que la peptonisation est un phénomène d'hydratation. La réaction aurait lieu ainsi :

$$\underset{\text{albumine}}{\begin{matrix} a \\ a \end{matrix}\!\!>\!O} + \begin{matrix} HO \\ | \\ HO \end{matrix} = \underset{\text{peptone}}{\begin{matrix} a-HO \\ a-HO \end{matrix}} + O$$

De même l'oxyde d'argent :

$$Ag^2O + H^2O^2 = Ag^2 + H^2O + O^2.$$

On comprend alors que les phénomènes de la digestion pour les ferments peptiques se font de la manière suivante :

Pepsine agissant en solution acide	*Trypsine ou solution neutre alcaline*
Dyspeptone syntonine.	Dyspeptone globuline.
Propeptone.	Propeptone.
Peptone.	Peptone.

PEROXYDE D'HYDROGÈNE.

Électrolyse en solution acide	*Hydrate de peroxyde de baryum, acide carbonique et eau en solution neutre ou alcaline*
Dyspeptone syntonine.	Dyspeptone globuline.
Propeptone.	Propeptone.
Peptone.	Peptone.

On pourrait donc faire l'hypothèse que les ferments digestifs agissent parce qu'ils donnent naissance à de l'eau oxygénée. E. HARDY.

Zur Kenntniss der Eiweissfäulniss. Die Skatolcarbonsäure (Etude sur la fermentation de l'albumine ; l'acide skatolcarbonique, expériences faites en commun avec H. Salkowski, par E. SALKOWSKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 8).

L'acide skatolcarbonique n'est pas volatil et ne se trouve pas dans les produits de la distillation avec les autres produits de la fermentation. La marche pour l'obtenir est compliquée, parce qu'il y a en présence un grand nombre de corps acides volatils, gras et aromatiques, graisses non volatiles, et acides aromatiques, acide succinique, substances basiques, leucine, peptone, et enfin un résidu de matières albuminoïdes, la substance des bactéries et les sels inorganiques.

On obtient finalement des feuilles cristallines qui se dissolvent facilement dans l'alcool et l'éther, très peu dans l'eau, et davantage dans l'eau chaude ; elles ont pour formule $C^{10}H^9AzO^2$. Cet acide est monobasique et on a obtenu les sels de soude et celui d'argent.

L'auteur le considère comme l'acide skatolcarbonique. Cet acide présente une réaction caractéristique quand on y ajoute une solution très

étendue de chlorure de fer, et en chauffant doucement il se produit une belle couleur gris bleuâtre qui, vue par transparence, paraît bleu rouge et trouble. En ajoutant de l'acide chlorhydrique, il se forme un dépôt violet que l'on rassemble sur le filtre et qui se dissout dans l'alcool avec une teinte bleu rouge.

Cette réaction permet de séparer l'acide skatolcarbonique des oxy-acides.

On obtient aussi une réaction colorée quand on ajoute à une solution d'acide skatolcarbonique quelques gouttes de perchlorure de fer et d'acide chlorhydrique qu'on fait bouillir. Il se développe une teinte rouge cuivre.

La quantité d'acide skatolcarbonique formé dépend de la durée de la fermentation putride. E. M.

Ueber einen peptonartigen Bestandtheil des Zellkerns (Sur un constituant du noyau cellulaire analogue à la peptone), par A. KOSSEL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 510).

Miescher avait trouvé dans le sperme de saumon une combinaison de *nucléine* avec une substance organique qu'il appela *protamine*. D'après Kossel, la *nucléine* des noyaux des corpuscules rouges du sang d'oiseau, est pareillement unie à une substance voisine de la *propeptone* de Schmidt-Mülheim (*albumose* de Kühne). Il propose d'appeler cette nouvelle substance *histone*.

Pour préparer l'*histone*, on traite les noyaux (des globules rouges) par de l'acide chlorhydrique dilué. La solution acide est précipitée par NaCl. Le précipité est recueilli, lavé au moyen d'acide salé, puis placé avec un peu d'eau dans un dialyseur. A mesure que le sel diffuse à l'extérieur, l'*histone* passe en solution. La solution présente les propriétés suivantes : précipités par le sulfate et le chlorhydrate d'ammoniaque, le sulfate de magnésium, le chlorure de sodium, le carbonate de sodium. Pas de précipité par le chlorure de calcium, le sublimé, l'acétate de plomb neutre ou basique, etc.; précipités par l'ammoniaque, l'eau de chaux, la soude, l'acide nitrique. Le précipité obtenu par l'alcool conserve sa solubilité dans l'eau. Pas de coagulation par l'ébullition. Réaction rose (réaction de la peptone) par le sulfate de cuivre et la soude. L'ébullition en présence de la baryte donne naissance à de la leucine et de la tyrosine.

Le précipité produit par l'ammoniaque est insoluble et présente toutes les réactions des matières albuminoïdes coagulées. Sa composition centésimale (C = 52,31 ; H = 7,09; Az = 18,46 0/0) présente avec celle de l'histone précipitée par l'alcool et l'éther (C = 50,67; H = 6,99; Az = 17,93 ; S = 0,50 0/0); les mêmes différences que celles qui existent entre l'albumine et la peptone qui en dérive (travaux antérieurs de Kossel confirmés par Otto, Kühne et Chitteden). LÉON FREDERICQ.

Ueber Seifen als Bestandtheile des Blutplasma und des Chylus (Sur les savons comme partie constituante du plasma du sang et du chyle), par HOPPE SEYLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 503, 1884).

Dans un travail récent, Lebedeff dit qu'il a constaté comme autrefois

Röhrig, que les sels alcalins des acides gras ne peuvent exister à l'état de savons alcalins dans le plasma du sang et dans le chyle. Des recherches de Hoppe Seyler datant de 1855 et répétées depuis lui, ont montré cependant que la quantité de savons alcalins du sang et de la bile n'était pas sans une notable importance. En sorte que la présence de combinaisons calcaires et magnésiennes n'empêche pas l'existence de sels alcalins dans ces divers fluides.

On prouve sans difficulté que le plasma du sang, le chyle, la lymphe contiennent constamment des carbonates alcalins.

De ce que les lavandières enlèvent à l'aide de la soude les savons de chaux et de magnésie, on a conclu que les liquides qui contiennent des carbonates alcalins ne peuvent contenir des savons de chaux ni de magnésie. L'auteur combat l'exactitude de ce fait sans y insister.

On peut se convaincre d'une manière simple que les savons de soude se trouvent dans le sérum du sang et dans le chyle. On précipite ces liquides par 3 ou 4 volumes d'alcool fort, on filtre et on évapore la solution alcoolique à 55 degrés. On épuise avec un mélange d'alcool et d'éther anhydre, on traite le résidu avec de l'alcool absolu, on filtre et on évapore à 55°. Dans le sirop qui reste, on reconnait facilement la présence du savon. On dissout dans un peu d'eau chaude et cette solution donne les différentes réactions du savon. Avec de l'eau distillée très étendue, la solution se trouble, et avec le temps il se forme des cristaux de stéarate alcalin acide. Le chlorure du baryum et de calcium donnent un précipité. L'acide chlorhydrique et acétique produisent un précipité floconneux, facilement soluble dans l'alcool et l'éther. L'acétate neutre de plomb donne un précipité qui, desséché, se dissout en partie dans l'éther. Dans la solution éthérée, après avoir enlevé le plomb par l'hydrogène sulfuré, on obtient par évaporation un résidu qui ne solidifie pas par le repos, qui est soluble dans l'alcool, et dont les solutions aqueuses donnent avec l'hydrate de baryte un sel qui, après avoir été soumis à l'action d'un courant d'acide carbonique, laisse de l'oléate de baryte soluble dans l'éther.

La partie du sel de plomb insoluble dans l'éther, reprise par l'alcool et décomposée par l'hydrogène sulfuré fournit par évaporation des cristaux fondant à 55°,2, qui représente un mélange d'acides stéarique et palmitique.

Pour les doser quantitativement on emploie la solution aqueuse des savons qui ont été épuisés par l'éther pour en extraire les graisses, la lécithine et la cholestérine, on enlève les acides gras en acidulant par l'acide chlorhydrique et on épuise par l'éther, puis on les transforme en sel de baryte que l'on dissout par un mélange d'alcool et d'éther, on les sèche et on les pèse.

Dans le sérum du sang des bœufs, chevaux, chiens, Hoppe Seyler a trouvé 0,05 à 0,12 0/0 d'acide gras, chez l'homme dans le liquide de l'ascite 0,235 de savons, 0,725 0/0 de graisse. Dans le sérum d'un malade atteint de pneumonie 0,060 0/0 d'acide gras, 0,1318 de graisse, 0,216 0/0 de cholestérine et 0,350 de lécithine. E. HARDY.

Ueber das Cornein, par C.-Fr.-W. KRUKENBERG (*Berichte des deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XVII*, p. 1843, 1884).

La substance qui sert de support aux gorgonides et aux antipathides

après un traitement de plusieurs jours avec l'acide chlorhydrique étendu, la digestion avec la pepsine à 38° et ensuite avec la trypsine qui enlèvent toutes les substances albuminoïdes, laisse un résidu toujours semblable à lui-même, quelle que soit la méthode employée pour l'obtenir.

On connaît les propriétés de la cornéine données par Valenciennes. Il suffira de rappeler que ni l'ébullition avec l'acide chlorhydrique, ni l'ébullition pendant plusieurs heures avec l'acide sulfurique étendu, ni la digestion avec une solution de soude ne donnent de substance réductrice, mais qu'elle fournit des plaques cristallines très hygroscopiques, insolubles dans l'acide sulfurique, la cornécristalline. La cornéine se comporte dans beaucoup de ses réactions comme une matière albuminoïde. E. H.

Action antiseptique des principes biliaires, par G. BUFALINI (*Arch. ital. de biologie, t. V, fasc.* 3, 1884).

L'auteur, afin de s'assurer de l'action antiputride attribuée à la bile, a soumis ce liquide à diverses expériences. Il a vu ainsi que la bile en nature est putrescible tandis que les acides qu'elle contient, glycocholique, taurocholique et chololique jouissent de propriétés antiseptiques. Ce dernier que l'on rencontre dans les selles est celui qui s'oppose le plus à la putréfaction. Toutes ces substances partagent donc avec d'autres acides de l'économie, l'acide chlorhydrique, par exemple, pour le suc gastrique, la faculté de s'opposer aux fermentations toxiques dans l'intérieur de l'organisme. C. GIRAUDEAU.

L'urée et le cancer, par A. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris*, 16 *août* 1884).

M. Rommelaere ayant avancé que le cancer est le résultat de la viciation de la nutrition intime et que la réalité de cette viciation est établie par une diminution de l'urée urinaire, l'auteur a recherché si cet abaissement est constant dans tous les cas, quelle valeur on doit lui accorder, quelles sont les conditions qui influent sur lui, et enfin s'il n'existe pas dans d'autres maladies.

En citant un certain nombre de faits de cancer de l'estomac, de la vessie, du foie, M. Robin, après avoir montré que la quantité d'urée ne subit pas toujours la diminution que lui assigne M. Rommelaere, insiste principalement sur ce point que ce n'est pas à un processus cancéreux, mais à l'absence ou à la réduction de l'alimentation qu'il faut attribuer l'abaissement de l'urée.

C'est ce qu'on observe encore dans quelques affections chroniques autres que le cancer, toutes les fois que la nutrition est insuffisante.

D'autre part, l'influence de l'alimentation est encore démontrée par ces cas de cancer, dans lesquels l'urée reste normale ou même augmente lorsque les malades continuent à se nourrir.

Il en résulte donc pour l'auteur que l'on ne peut regarder cet abaissement de l'urée comme un signe positif de diagnostic, puisqu'il ne dépend que du mode de nutrition. OZENNE.

Ueber den diagnostischen Werth der Urobilinurie für die Gynækologie (Valeur diagnostique de l'urobilinurie en gynécologie), par Rud. DICK (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 1).

Dans les deux premiers cas, l'urobilinurie s'est montrée consécutive-

ment à une hémorragie dans la cavité abdominale, liée elle-même à la rupture d'un sac de grossesse utérine : dans le troisième cas, il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine ; et le diagnostic dans ce dernier cas a été confirmé par la ponction et l'incision du sac.

Lorsqu'il y a destruction du sang dans le système vasculaire lui-même, ou lorsqu'on injecte dans une cavité séreuse ou dans le tissu connectif du sang d'un autre animal ou du sang caillé, il se produit plutôt de l'hémoglobinurie.

L'urobilinurie se manifeste par une coloration brun café de l'urine et par la production d'ictère. L'urobiline se reconnaît par une fluorescence verte que produit l'addition de quelques gouttes de chlorure de zinc dans une solution ammoniacale d'urobiline, et par la production d'une raie d'absorption entre le vert et le bleu, correspondant à la ligne b. F. de Frauenhofer.

Dans les trois cas observés par l'auteur, l'urobiline s'est montrée deux, sept et quatre jours après l'hémorragie. L'ictère a paru habituellement un jour après la présence de l'urobiline dans l'urine.

La durée de l'excrétion d'urobiline a été de quatre et sept jours. La quantité d'urobiline rendue par l'urine et la durée de l'excrétion sont proportionnelles à la quantité de sang épanché. H. DE BRINON.

Die Bestimmung des Traubenzuckers im Harne mittelst des Soleil-Ventzké'schen Polarimeters und die linksdrehenden Substanzen (La détermination quantitative du sucre de diabète dans l'urine au moyen du polarimètre de Soleil-Ventzke et les substances lévogyres), par Worm MÜLLER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 76).

W. Müller a eu l'occasion de faire un grand nombre d'analyses d'urines de diabétiques. Il publie des tableaux comparatifs de titrage de sucre, par la liqueur de Fehling ou de Knapp et de déterminations optiques au moyen du polarimètre dans les mêmes liquides. En général les chiffres fournis par le polarimètre sont inférieurs (en moyenne de 0.35 0/0 de sucre) à ceux du titrage chimique. Dans un petit nombre de cas les différences étaient considérables, par exemple : 3.9 0/0 par polarisation et 6.3 0/0 de sucre par la liqueur de Fehling; 3.8 0/0 par p. et 5.6 0/0 par t.; 2.9 0/0 par p. et 4.7 0/0 par t. Si l'on met à part ces cas exceptionnels, on trouve que la moyenne de la différence des autres cas est d'environ 0.25 0/0 de sucre que l'on trouve en plus par la liqueur de Fehling, ce qui correspond à peu près à la teneur moyenne de l'urine en substances réductrices autres que la dextrose. Pour ces cas l'usage du polarimètre conduit à des résultats au moins aussi exacts que la liqueur titrée de cuivre. Quand il n'y a pas concordance entre les résultats des deux méthodes, il faut recommencer la recherche sur de l'urine à laquelle on a enlevé le sucre par fermentation au moyen de la levure. On constate alors avec Külz, que l'urine contient chez plusieurs diabétiques atteints de la forme grave une substance lévogyre, non fermentescible (*l'acide pseudo-oxybutyrique*).

La lévulose dont on avait soupçonné l'existence dans certaines urines diabétiques n'y existe pas.

Dans les cas où l'urine ne contient qu'une très petite quantité de sucre,

le polarimètre ne peut servir ni à la recherche, ni à la détermination quantitative de cette substance. L. F.

Das Verhalten des Harns Schwindsuchtiger gegen Diazobenzolsulfosäure (Réaction de l'urine en présence de l'acide diazobenzosulfurique), par PETRI (*Zeitsch. f. klin. Med.. Band VI, p.* 472, 1883).

Ehrlich, en décrivant la réaction de l'acide diazobenzo-sulfurique, qui colorerait en rouge certaines urines, annonce qu'elle est d'un pronostic grave et qu'elle indique la phtisie chez les sujets qui ont depuis longtemps de la fièvre. Petri s'élève contre cette assertion et affirme que la réaction se produit dans toutes les urines, qu'elle n'a aucune valeur pronostique ni diagnostique. M. DEBOVE.

De la recherche de la morphine dans l'urine des morphiomanes, par NOTTA (*Union méd.*, 9 *septembre* 1884).

L'auteur traite l'urine par le sous-acétate de plomb (1/10). Il se forme un dépôt abondant, qui est une combinaison du plomb avec les acides urique, phosphorique, etc., existant dans l'urine et avec les matières colorantes et extractives. Il reste dans l'urine décolorée la morphine combinée à l'acide acétique, les matières non précipitables par le sous-acétate de plomb et l'excès de plomb. On sépare le dépôt par le filtre et on élimine le plomb en ajoutant goutte à goutte dans le liquide de l'acide sulfurique à 1/10 jusqu'à ce qu'il ne se fasse plus de précipité. Filtrant alors on agite violemment et pendant quelques minutes l'urine ainsi traitée et additionnée d'un excès d'ammoniaque avec 1/10 d'alcool amylique chaud qui se sépare bientôt clair et tenant en solution la totalité de la morphine précédemment contenue dans l'urine. Il n'y a plus alors qu'à agiter cet alcool avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique pour obtenir la morphine à l'état de sulfate. On le décompose ensuite par l'ammoniaque, et on le reprend à nouveau par l'alcool amylique pour avoir enfin, après évaporation, la morphine que l'on peut caractériser à l'aide des réactifs habituels.

Les expériences faites sur l'urine par la série des réactifs ainsi formulés, ont amené Notta à affirmer que la morphine absorbée s'élimine, au moins en grande partie par le rein sans avoir éprouvé de transformation et qu'il est possible de constater la présence de la morphine dans l'urine d'un morphiomane pourvu que la quantité de morphine absolue par jour soit au minimum de 10 centigrammes. H. L.

Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, par Frédéric MONVENOUX (*Thèse de Paris*, 1884).

Les premières pages de cette volumineuse thèse sont consacrées à quelques généralités sur l'histoire des principes gras de l'organisme, leur transformation par l'action des diverses glandes de l'intestin et un résumé sur les principes dans le sang normal et pathologique, sur les théories proposées pour expliquer la lipœmie.

L'auteur consacre ensuite de nombreuses pages à l'historique des faits

rapportés sur la présence des matières grasses dans l'urine, et il donne les moyens proposés pour les retirer.

Il rapporte ensuite les diverses classifications données par les auteurs pour la classification des matières grasses de l'urine, et comme il les reconnaît toutes incomplètes, il en propose une nouvelle, basée sur ses propres recherches et analyses. Il en forme 5 classes.

La 1re comprend l'étude des matières grasses qu'on rencontre dans l'urine normale qui en renferme toujours des traces, dans quelques états physiologiques (grossesse, obésité, suralimentation graisseuse).

La 2e a trait aux maladies qui présentent toujours des matières grasses dans l'urine, ce symptôme dominant les autres (chylurie, lipurie, galacturie, pseudo-galacturie, etc.).

Dans la 4e, l'auteur range les maladies qui présentent exceptionnellement de la graisse dans l'urine. C'est une revue des cas les plus divers où ce symptôme a été rencontré (fièvres, cachexies, empoisonnements, etc.).

La 5e classe a été formée pour l'étude spéciale de la cholestérine.

On trouvera dans ce travail une bibliographie très complète des travaux afférents à cette question et le résumé de la plupart des observations connues. E. H.

Die Wirkung der Trichloressigsäure (L'action de l'acide trichloracétique), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 35, 1884).

Guidé probablement par des vues théoriques, Liebreich avait attribué à l'acide trichloracétique une action hypnotique, action que confirmèrent Byasson, Follet et récemment Bodländer. Anna Tomaszewicz, puis Beust constatèrent dans le laboratoire de Hermann que des doses relativement élevées (2 à 4 grammes) sont absolument sans action chez le lapin. Hermann reprend la même question en employant cette fois des doses plus élevées encore (5 et 6 grammes chez le lapin, 9 grammes chez le chien, 2 à 3 grammes chez de jeunes chats, 0,3 à 0,4 grammes chez la grenouille). Il constate que le trichloracétate de sodium ne possède aucune action hypnotique mais provoque des troubles de la motilité : phénomènes d'excitation passagère suivis de paralysie débutant dans l'arrière-train, et s'étendant ensuite aux autres muscles, notamment aux muscles de la respiration. Les phénomènes de paralysie sont presque toujours suivis de mort. L. F.

Sur les alcaloïdes de la putréfaction, par Fr. COPPOLA (*Arch. ital. de biol., t. IV, fasc.* 1, 1884).

L'auteur rappelle d'abord que, contrairement à ce que l'on admet actuellement, il a cherché à prouver que les liquides normaux de l'économie ne contiennent pas de ptomaïnes et que lorsque par l'analyse chimique on arrive à en trouver, c'est que les réactifs employés ont donné naissance à des combinaisons toxiques ; dans le mémoire qu'il publie aujourd'hui, il incline vers l'idée que lorsque des substances ani-

males entrent en putréfaction, les ptomaïnes ne sont pas davantage formées par les productions chimiques provenant de ces décompositions ; ici encore ces alcaloïdes pourraient être bien dus aux procédés d'extraction. Aussi croit-il que les méthodes d'investigation actuellement employées doivent être mises de côté pour éviter toute erreur et propose-t-il de les remplacer par l'extraction directe à l'aide des dissolvants, après avoir au préalable rendu alcalines par le carbonate de soude les matières à examiner si elles ne l'étaient pas déjà. C. GIRAUDEAU.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — **Zur Lehre ueber die Transposition der aus dem Herzen ... (Transposition des troncs artériels issus du cœur), par HOLL** (*Wiener med. Jahrb. IV, p.* 503, 1882).

II. — **Ein Seltener Fall von Situs inversus der Unterleibsorgane (Un cas rare d'inversion des organes hypogastriques), par HERBERG** (*Dissertation inaugurale, Berlin*, 1882).

III. — **Die angeborene vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen (De l'inversion latérale totale des viscères chez l'homme), par KUCHENMEISTER** (*Leipzig*, 1883).

IV. — **Ueber die angeborene mediane Spaltung der oberen Gesichtshälfte (De la fissure médiane congénitale de la face), par O. WITZEL** (*Arch. f. klin. Chir., XXVII, Heft* 4).

V. — **Two cases of congenital macrostoma, par John MORGAN** (*Med. chir. Trans. LXV, p.* 13).

VI. — **Ein Kind mit congenitalen Missbildungen, par KÜSTER** (*Berl. klin. Woch.*, 26 *février* 1883).

VII. — **Ein Beitrag zu den Missbildungen im Bereiche ... (Malformations de la première fente branchiale et du premier arc branchial, par Willy MEYER** (*Arch. f. klin. Chir., t. XXIX, p.* 488).

VIII. — **Die Geburt und das Præparat einer Missbildung, par MEKERTTSCHIANTZ** (*Cent. f. Gynæk., n.* 33, 1883).

IX. — **De la viabilité du nouveau-né ; à propos d'hydrocéphalie anencéphalique, par RIVET** (*Progrès méd.*, 7 *juin* 1884).

X. — **Ueber eine angebor. Coalition des Os lunatum und Os triquetum Carpi, par HOLL** (*Wiener med. Jahrb. Heft IV, p.* 499, 1882).

XI. — **Anomalies de développement, par MARCHAND** (*Berl. kl. Woch.*, 26 *mars* 1883).

XII. — **Fall von congen. Missbild. der Extremitäten bei einem Neugeborenen, par HENOCH** (*Ibid.*, 15 *janvier* 1883).

XIII. — A case of monstruosity, par TAYLOR (*New York med. journ.*, 10 *mars* 1883).

XIV. — Ein Fall von Doppelmissgeburt (Un cas de monstre double), par FINKELSTEIN (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 81, 1883).

XV. — Monstre double xyphopage, par WEHENKEL (*Presse méd. belge*, 1883).

XVI. — Histoire d'un monstre xyphopage, par BIAUDET et BUGNION (*Bull. méd. de la Suisse romande, II, mars* 1882).

XVII. — Ein Fall von Doppelbildung (monstre parasite), par BORNEMANN (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XXI, Heft* 2).

I. — Chez un enfant qui a vécu 71 jours et qui a présenté les symptômes de la cyanose congénitale avec bronchite et convulsions terminales, on trouve le cœur hypertrophié, la pointe élargie et mousse, la base mesurant 6 centimètres et la hauteur étant de 7 centimètres 50. L'aorte sort du ventricule droit, l'artère pulmonaire placée en arrière et à gauche de l'aorte émerge du ventricule gauche. Les deux ventricules offrent des parois également épaisses et d'égales cavités. Le trou ovale et le canal de Botal sont ouverts. Les gros vaisseaux transposés sont normalement conformés. L'aorte a ses valves antérieures droite et gauche; l'artère pulmonaire en a une postérieure, une droite et une gauche.

La cloison interventriculaire est imperforée. Les artères coronaires ont leurs ramifications normales.

L'aorte située en avant de l'artère pulmonaire, croise la branche gauche de ce vaisseau pour se porter dans le médiastin du côté gauche.

C'est dans les premières phases de la vie embryonnaire qu'il faut chercher, avec Rokitansky, la cause de cette transposition. Le septum qui divise le tronc artériel commun primitif a présenté une concavité antérieure, contrairement à la disposition normale, et a déterminé la situation de l'aorte en avant de l'artère pulmonaire; cette anomalie du septum trunci a entrainé le développement anormal de la cloison des ventricules, de sorte que chaque ventricule a été pourvu d'un gros vaisseau.

L. GALLIARD.

II. — Le fait intéressant qui ressort de l'observation de Herberg est relatif à la possibilité d'une inversion latérale mais partielle des viscères. Dans ce cas, en effet, les organes pelviens seuls occupaient une situation inverse; on ne remarquait en outre qu'un déplacement du foie et de la rate qui possédaient en même temps des dimensions normales.

III. — Tous les cas d'inversion partielle rentrent dans les monstruosités et les arrêts de développement, l'inversion totale des viscères n'appartient pas à la même classe, elle représente simplement une variété de l'évolution normale.

L'inversion partielle tient à ce que l'embryon s'est développé de bas en haut au lieu de se développer de haut en bas, et qu'il a subi en même temps une torsion en sens inverse. ASSAKY.

IV. — Witzel a eu l'occasion d'examiner une de ces difformités congénitales de la moitié supérieure de la face sous les auspices de Thierfelder. Voici en quoi consiste la pièce qu'il a eue en main. Elle provient d'un enfant nouveau-né ou presque à terme. Sur la partie médiane de la face, à parti de la base du crâne qui est incomplètement développée, existe une fissure qui divise le nez et la lèvre supérieure, de telle sorte qu'il existe deux narines séparées complètement, l'une à droite, l'autre à gauche. En haut de la fissure

existe un bourgeon médian qui semble être le bourgeon frontal arrêté dans son developpement.

Witzel a pu rassembler quelques cas analogues de Albert, von Ammon, Leuckart, Trendelenburg, Hoppe, Liebrecht et Beely.

V. — L'auteur rapporte deux faits de malformation congénitale de la bouche, où existait une large fissure latérale allant jusqu'à l'oreille et occupant toute la joue. L'oreille presentait des lésions intéressantes. L'espace situé entre le tragus et l'antitragus était agrandi et reporté en arrière et en bas. Sur cette ligne se voyaient deux petites productions ovales pédiculées, reliées l'une à l'autre et recouvertes de peau semblable à celle du tragus. Ces tubercules n'étaient pas cartilagineux.

Il s'agit là d'arrêt de développement de l'appareil branchial. Tandis que la formation de la bouche pèche par défaut, celle des oreilles et de leurs appendices pèche par excès. L'auteur pense que le vice de conformation dépend du défaut d'union entre la partie supérieure du premier arc branchial (aux dépens duquel se forme le maxillaire supérieur), et la partie inférieure de ce même arc, destinée à former le cartilage de Meckel et le maxillaire inférieur. Dans les deux cas précités, le maxillaire inférieur était atrophié. H. R

VI. — Cet enfant a les doigts de la main droite unis par leur extrémité inférieure. Son pied droit est équin et, à la face postérieure du membre inférieur correspondant, s'étend, du talon jusqu'à la tubérosité sciatique, une sorte de membrane natatoire.

Le tendon d'Achille s'insère sur la tubérosité sciatique. J. B.

VII. — Le premier fait concerne un homme de 35 ans mort d'une affection rénale. Le pavillon de l'oreille était rudimentaire et presentait une fistule cutanée, le rocher était long et grêle, le conduit auditif externe retréci et contourné, le tympan rudimentaire. Les osselets étaient réduits à une portion du marteau et de l'enclume; l'étrier, l'os lenticulaire et le muscle de l'étrier étaient absents; le muscle interne du marteau était ossifié. La fenêtre ovale, en raison de l'absence de l'étrier, n'était pas fermée. L'oreille interne était normale :

Sur 23 observations de malformation de l'oreille, l'auteur en reproduit 14 qu'il attribue à des anomalies de la portion d'oreille développée aux dépens de la première fente branchiale. Dans 10 de ces faits, l'oreille interne était normale; 2 fois l'oreille interne participait faiblement à l'anomalie.

Du fait qu'il publie, l'auteur tend à conclure que l'étrier qui, d'après Reichert, se développerait aux dépens du deuxième arc branchial, se développe, comme le croit Salensky, aux dépens du premier arc branchial, par un point d'ossification particulier. De tous les osselets de l'oreille, l'étrier est celui qui est le plus souvent le siège de malformation.

Le second fait concerne une fillette de 14 ans qui, à sa naissance, présentait une hypertrophie considérable de la lèvre inférieure et une tumeur de la grosseur d'une noix dans le sillon gengivo-génien gauche. La lèvre fut retrécie, 4 mois après la naissance, par une excision en V, mais la tumeur s'accrut graduellement jusqu'à l'âge de 7 ans, époque où 7 dents y apparurent ; 4 de ces dents furent arrachées, mais 2 repoussèrent, de telle sorte que lorsque l'enfant se représenta 4 années plus tard, elle présentait en dehors de l'arcade dentaire gauche, 5 dents implantées sur une arcade supplémentaire légèrement convexe à droite et en avant. — Ces dents appartenaient à la

deuxième dentition. — Le maxillaire normal portait 12 dents bien développées.

Il s'agit bien dans ce cas d'une polygnathie et non pas d'une épignathie, comme dans la plupart des observations antérieures. L'auteur suppose que l'extrémité céphalique du fœtus a été le siège d'une division qui n'a intéressé que la mâchoire inférieure. DE SANTI.

VIII. — Le fœtus est atteint d'hydrocéphale; la tête mesure 44 centimètres de circonférence; le globe oculaire du côté gauche fait défaut; il existe un bec-de-lièvre unilatéral, portant sur la lèvre, le maxillaire supérieur et le palais. Les membres sont le siège d'amputations spontanées complètes ou incomplètes. Ainsi tous les doigts de la main gauche offrent sur la phalange médiane un sillon circulaire profond pénétrant presque jusqu'à l'os; et au fond de ces sillons se voient de minces bandelettes qui entourent complètement le doigt. Le bras droit se termine par un moignon. Le pied gauche est normal; au pied droit, le gros orteil et les orteils les plus rapprochés du gros orteil se terminent par une extrémité arrondie sans ongle, Une tumeur sphérique de la grosseur d'un pois, pend à l'extrémité du gros orteil, suspendue par un pédicule assez court. L'extrémité du deuxième orteil dépasse toutes les autres. Le gros orteil est réuni avec le médian et le médian avec le petit par une mince bandelette. Les trois derniers orteils présentent un sillon circulaire assez profond. H. DE BRINON.

IX. — T..., âgée de 28 ans, accouche à terme, sans difficulté d'un enfant offrant toutes les apparences d'une bonne constitution et pesant près de 3 kilogrammes.

L'enfant, au moment de la naissance, respire régulièrement, crie, s'agite : dans la journée il rend du méconium, et boit un peu à la cuiller; le soir les extrémités sont un peu cyanosées.

Le lendemain matin, 36 heures après la naissance, l'enfant a une respiration lente et pénible, bientôt il succombe.

A l'autopsie, on trouve les organes sains et bien conformés sauf dans le crâne; les premières incisions faites au niveau de la suture sagittale intéressant les méninges, laissent échapper un flot de liquide jaunâtre. La cavité crânienne est absolument vide. Les méninges sont normales; à la place des hémisphères cérébraux, il n'existe que deux petits moignons, gros comme une noix, le cervelet et le bulbe semblent sains. H. L.

X. — Voici une anomalie du squelette de la main qui n'a pas encore été signalée :

Chez un homme de 26 ans, on constate que le carpe des deux côtés se compose seulement de six pièces osseuses; les os de la seconde rangée sont normaux, mais, dans la première, il existe un os résultant de la soudure du pyramidal et du semi-lunaire. Cet os offre à sa face inférieure un sillon profond qui indique nettement son mode de formation. Comme il n'existe aucune trace d'inflammation, on est obligé d'admettre que cette anomalie est congénitale.

La synostose du semi-lunaire et du pyramidal, négligeable au point de vue physiologique, est cependant digne d'intérêt : on sait en effet que les os ont leurs homologues dans le tarse ou plutôt que le pyramidal correspond au calcanéum, tandis que le semi-lunaire associé au scaphoïde correspond à l'astragale. Or, la synostose congénitale astragalo-calcanéenne est signalée assez fréquemment ainsi que les autres synostoses tarsiennes très importantes d'après Holl dans la pathogénie du pied plat et propres à créer de grands embarras au chirurgien dans les désarticulations du pied.

Il est facile de concevoir que ces soudures sont dues à un vice de développement des éléments articulaires. L. GALLIARD.

XI. — 1° Situation anormale de l'estomac, de la rate et du gros intestin, les autres viscères occupent leur emplacement habituel. L'estomac se trouve au-dessous du lobe droit du foie, la rate, également à droite, au voisinage du grand cul-de-sac de l'estomac. Le cœcum occupe sa position normale, mais les côlons ascendant et transverse se trouvent en arrière du petit intestin et ont des courbures un peu anormales.

Cette monstruosité tient manifestement à ce qu'à une période précoce du développement, la rotation de la face gauche de l'estomac, au lieu de se faire en arrière s'est faite en avant.

Le même nouveau-né offrait une lacune considérable à la portion postérieure de la cloison interventriculaire, une absence complète de cloison interauriculaire et une double veine cave supérieure ;

2° Transposition complète des gros vaisseaux contrastant avec la situation et la conformation régulières du cœur.

Durant la vie, le phenomème saillant avait été une cyanose limitée à la moitié supérieure du corps;

3° Aorte située du côté droit et crosse aortique passant par-dessus la bronche droite. Communication avec le canal de Botal, en arrière de la trachée et de l'œsophage.

Marchand insiste sur la fréquence relative des malformations du cœur chez les enfants nés en état d'asphyxie. Il pense que beaucoup d'entre elles passent inaperçues.

XII. — Du côté droit, la main et le pied manquent complètement; un petit osselet en marque seulement la place.

La main gauche a ses métacarpiens au complet, mais les trois doigts médians lui font défaut.

La jambe gauche est représentée par un moignon de trois centimètres de long, formant un cône pointu dans lequel on ne peut pas distinguer un tibia et un péroné. J. BEX.

XIII.— Il s'agit d'un fœtus de six mois, normalement développé depuis la tête jusqu'à l'ombilic, mais qui présentait une absence complète du pelvis et des organes génitaux; l'anus était imperforé. De l'extrémité inférieure du tronc, amincie en forme de cône, se détachait un membre inférieur unique, long de douze centimetres, occupant à peu près exactement la ligne médiane; ce membre, tourné les orteils en arrière, était aplati transversalement, l'articulation du genou ankylosée, le tibia et le péroné beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, le pied rudimentaire est représenté seulement par un moignon surmonté de trois tubercules dépourvus d'ongles simulant des orteils. L'extrémité supérieure du fémur, libre et flottante, était éloignée d'environ trois centimètres d'une sorte de protubérance qui terminait inférieurement l'épine dorsale.

Les détails complets de ce fait n'ont pas été donnés, et il ne semble pas qu'une autopsie méthodique ait été faite. H. BARTH.

XIV. — Le monstre double dont Finkelstein rapporte l'observation appartient à la variété des thoraco-gastropages. Les deux individus du sexe masculin étaient nés d'une mère qui présentait une prédisposition héréditaire à la grossesse gémellaire; le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale étaient communs; tous les viscères étaient doubles à l'exception du cœur.

XV. — Ce monstre autositaire, du sexe féminin, possédait tous les viscères doubles sauf le cœur et une portion de l'intestin grêle. Le cœur était pourvu de deux oreillettes et de deux ventricules gauches. De chacun des ventricules partait un tronc artériel qui se subdivisait bientôt pour donner une aorte et

une artère pulmonaire. Les deux intestins se réunissaient pour n'en former qu'un seul, à 6 à 8 centimètres au-dessous de l'estomac; ils restaient ainsi confondus jusqu'au niveau de l'abouchement du conduit omphalo-mésentérique; à partir de ce point les deux intestins séparés, affectaient une disposition normale.

XVI. — Il s'agit d'un monstre double monomphalien constitué par deux individus, du sexe féminin, réunis par un pédicule commun qui s'étendait de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. Les auteurs tentèrent la séparation de ces deux individus mais l'opération ne fut pas couronnée de succès. L'autopsie permit de compléter les observations faites pendant l'opération. Elle fit voir que les deux foies étaient unis par une bande de tissu hépatique de la grosseur du pouce, située sur la convexité du lobe gauche, immédiatement à gauche du ligament suspenseur. L'ombilic commun avait, de plus, laissé passer un diverticule péritonéal renfermant des intestins; ce diverticule parti de l'abdomen de l'un des individus était venu faire hernie dans la cavité péritonéale du second. Ces particularités anatomiques ont déjà été signalées. Il s'agit, en somme, d'un xiphopage ordinaire.

Les auteurs proposent de faire, toutes les fois qu'on cherchera à séparer des monstres xiphopages, immédiatement après la naissance, une opération préliminaire, la section sous-cutanée de l'appendice xiphoïde. Ils espèrent obtenir ainsi un allongement et une flexibilité plus grande du pédicule et peut-être, au bout de quelques années, une transformation fibreuse de la bande qui unit les foies. L'opération définitive serait différée jusqu'à l'âge adulte. ASSAKY.

XVII. — Louise Gr... est le 11e enfant d'une famille dont aucun autre membre ne présente de difformités.

Elle porte sur le dos au-dessus du sacrum un membre supplémentaire. Ce membre prend naissance sur la colonne vertébrale, un peu à gauche de la ligne médiane, et se porte immédiatement à droite. Il est notablement plus court que les autres membres de l'enfant. Sa base assez large se divise en deux parties, dont une s'étend au-dessous du corps du sacrum sous la forme d'une masse hémisphérique, fluctuante, de résistance élastique; cette masse ne diminue pas par la pression, et sa tension ne permet pas de sentir s'il y a une perte de substance osseuse dans le sacrum; elle est considérée comme un sac d'hydrorrachis oblitéré. C'est au-dessus et un peu à gauche de ce kyste que s'insère le membre surnuméraire : ce membre se compose à la base d'une masse osseuse aplatie, d'un humérus terminé par une saillie mousse rappelant l'olécrâne et d'une main inclinée à angle droit sur l'humérus. Dans la main, on distingue le carpe, quatre os métacarpiens et quatre doigts bien formés avec leurs articulations et leurs ongles. La main peut subir des mouvements de flexion, de légers mouvements de rotation.

L'extension est limitée à 150° par la conformation osseuse. Les parties molles qui recouvrent la main ont l'aspect normal. Pas de mouvements spontanés, ni de mouvements réflexes. La sensibilité existe, mais très affaiblie. Ablation du membre pendant le sommeil chloroformique; une hémorragie qui se produisit pendant la dissection de la base osseuse du membre, ne permit pas de terminer l'isolement de cette base, et l'amputation fut pratiquée au milieu de cette base; le moignon conserva une partie des os de la base du membre. Guérison.

L'examen du membre amputé montre l'absence complète d'avant-bras; l'humérus s'articule à sa partie supérieure avec l'omoplate qui a été coupée dans son tiers moyen : on reconnaît l'apophyse coracoïde, l'acromion, la clavicule tout entière, et une partie du manubrium, qui a été amputée près de l'articulation sterno-claviculaire.

L'ensemble représente le membre supérieur droit. H. DE BRINON.

Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie par LANNELONGUE (*Arch. gén. de méd., avril et mai 1883*).

L'auteur attribue à des modifications organiques de l'embryon et de ses annexes les principales anomalies congénitales. A côté de l'hydropisie embryonnaire par trouble de formation vasculaire, cause généralement admise des hernies cérébrales, du spina bifida, etc., il y a lieu de placer certaines altérations, telles que tumeurs ou organes supplémentaires, qui empêchent la soudure des parties molles par un procédé tout à fait mécanique. A l'appui de cette pathogénie, Lannelongue rapporte trois observations ainsi intitulées :

1° Polygnathie. Bec de lièvre congénital de la lèvre inférieure occasionné par l'interposition d'un maxillaire supplémentaire entre les bords de la solution de continuité ;

2° Division congénitale du voile du palais occasionnée par une tumeur volumineuse de la langue ;

3° Bec de lièvre unilatéral et incomplet de la partie latérale droite de la lèvre supérieure. Kyste gingival probablement d'origine érectile.

Les plis anormaux de l'amnios, les adhérences qu'elle contracte avec la surface embryonnaire, enfin un arrêt partiel dans le développement de cette membrane, paraissent être une des causes les plus importantes de plusieurs groupes de malformations congénitales. Quant à l'origine de ces anomalies amniotiques, elle est diverse, mais l'observation a établi que le trouble perturbateur qui la détermine peut être transmis héréditairement. Or ce trouble ne pourrait-il être communiqué à l'embryon par un des générateurs atteints d'une maladie virulente, en particulier de la syphilis ? La question ne peut encore qu'être posée, mais à titre de documents, l'auteur signale quatre observations d'anomalies congénitales (spina bifida, division de la voûte et du voile du palais, pieds-bots) chez des enfants dont les parents étaient manifestement syphilitiques. Sur deux des petits malades, on trouvait en même temps les altérations tégumentaires de la syphilis héréditaire et des signes de rachitisme ; les deux autres étaient indemnes de toute altération spécifique.

P. MERKLEN.

Recherches expérimentales sur la cause de quelques monstruosités simples et de divers processus embryogéniques, par Stanislas WARYNSKI et Hermann FOL (*Revue médicale de la Suisse romande III, p. 395, juillet 1883*).

De cet important travail qui est accompagné de planches, nous ne résumons que le manuel opératoire qui est neuf, en ce que les expérimentateurs sont arrivés à agir directement sur l'embryon, et les points assez nombreux de leurs recherches où ils sont parvenus à des conclusions contraires à celles de Dareste.

Warynski et Fol pratiquent, en un point de l'équateur d'un œuf de poule, une fenêtre carrée de 2 à 3 centimètres de diamètre et lèsent une partie déterminée de l'embryon à l'aide d'un cautère actuel. Puis ils replacent le morceau de coquille excisé et obturent les fentes avec de la baudruche. En remettant l'œuf dans la couveuse ils le tournent de façon

que la fenêtre soit de côté et que l'embryon soit en regard d'une partie intacte de la coquille. Chaque jour, en outre, il faut retourner les œufs.

Lorsqu'on applique la pointe du cautère sur l'extrémité antérieure de l'encéphale de poulet arrivé au deuxième jour de l'incubation, on obtient un monstre présentant trois courbures anomales au niveau du postencéphale, du cou et de la partie supérieure du dos et ses yeux sont atrophiés.

Chez des embryons plus jeunes (24 heures) où la destruction du prosencéphale avait été complète, au bout de 48 heures d'incubation, on trouva deux cœurs comprenant chacun un ventricule et une oreillette, incomplètement séparés par un étranglement transversal. De chaque ventricule partait un bulbe aortique. C'est là un arrêt de développement résultant de la non-réunion des blastèmes cardiaques, réunion qui devait s'opérer dans la région détruite, c'est-à-dire au-dessous de l'extrémité antérieure de la tête.

Pour obtenir des monstres omphalocéphales, il suffit de faire couver les œufs continuellement dans la même position, sans les retourner.

Cette monstruosité est le résultat d'une compression exercée de haut en bas sur la tête, avant la réunion des deux moitiés du cœur. Dareste admet que c'est l'amnios qui est l'auteur de cette pression. Warynski et Fol lui contestent ce rôle pour deux raisons : 1° l'amnios n'existe pas encore au moment où l'omphalocéphalie se produit ; 2° cette monstruosité peut naître en l'absence d'amnios.

Ils n'admettent pas davantage que la cyclopie, l'anencéphalie, l'exencéphalie, la célosomie et l'ectromélie soient, comme le veut Dareste, (*R. S. M.*, III, 565) la conséquence d'un arrêt de développement de l'amnios ou d'une compression exercée par lui. A leur avis, l'amnios ne peut exercer une pression efficace tant qu'il n'est pas refermé et, chez le poulet, il ne se ferme pas avant le troisième jour. Or toutes les monstruosités ont une origine antérieure à cette époque. Le rôle de l'amnios est bien plutôt de protéger l'embryon contre les pressions extérieures.

Warynski et Fol se rallient à l'idée de Panum que la membrane vitelline et celle qui tapisse la coquille sont les agents de compression. C'est du reste le pis-aller auquel arrive Dareste pour les embryons dépourvus d'amnios.

Relativement aux causes de l'hétérotaxie, nos auteurs se trouvent encore en désaccord avec Dareste.

Le fait, que chez les monstres doubles, divisés sur toute leur longueur, c'est le sujet de droite qui offre l'inversion viscérale et qui a le flanc gauche en quelque sorte taillé dans une étoffe trop étroite, leur donnait à penser que l'hétérotaxie devait être la conséquence d'un excès de développement du flanc droit ou d'un arrêt de développement du côté gauche, tandis que Dareste y voit un excès de développement du côté gauche.

Pour vérifier leurs suppositions, Warynski et Fol ont fait l'expérience suivante :

Après avoir mis à découvert un embryon de poulet de 36 heures environ ils soumirent le côté gauche de son aire vasculaire à l'action de la chaleur rayonnante, en approchant la pointe d'un cautère parallèlement à la surface et à l'axe longitudinal de l'embryon, sans toucher la mince couche

d'albumine qui le recouvre, puis ils le remirent à couver. Ils obtinrent ainsi une hétérotaxie complète, avec ou sans autre anomalie.

Quand la même mutilation porta sur un embryon de 48 heures, l'hétérotaxie fut limitée à la tête, tandis que le cœur n'était que refoulé de côté

Warynski et Fol en concluent que l'inversion de la tête et celle du cœur sont deux faits parallèles dus au développement inégalement rapide des deux moitiés de l'embryon. J. B.

Homme hypospade (pseudo-hermaphrodite), par S. POZZI (*Ann. de Gyn., avril* 1884).

De l'observation d'un homme hypospade et de considérations anatomiques des organes génitaux externes, l'auteur conclut :

1° L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin ; cette membrane est formée au dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le très court canal vestibulaire, qui constitue le seuil ou la marge du canal vaginal. L'hymen et le canal vestibulaire existent chez l'hypospade observé.

2° Il n'y a pas lieu de distinguer le bulbe du vagin comme un organe distinct. C'est par suite d'une fausse homologie qu'on lui a donné ce nom. On ne saurait l'assimiler au bulbe de l'urètre. — Les corps spongieux de l'urètre chez l'homme ne sont pas comparables aux petites lèvres chez la femme.

3° On constate dans la région vestibulaire de la femme entre le clitoris et le méat, une bride large d'un demi-centimètre chez l'adulte, marquée d'une rainure, divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire ; elle paraît se continuer avec l'hymen. L'auteur la désigne sous le nom de *bride masculine du vestibule.*

4° Il est manifeste que chez l'hypospade, cette bride est un vestige du corps spongieux primitif. L'hymen de l'hypospade est une dépendance du corps spongieux primitif. — En conséquence, l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urètre chez l'homme ; c'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile, membraniforme à l'entrée du canal vestibulaire, vestige du canal uro-génital.

5° La bride masculine du vestibule chez la femme, est le vestige des corps spongieux primitifs. PORAK.

Contribution à l'étude de la dégénération des cellules nerveuses, par F. LOMINSKI (*Vratch, n.* 37, 1884).

Les observations de Lominski sont un argument de plus en faveur de la théorie des *phagocytes* de Metchnikoff (Voy. *R. S. M.*, XXV, 69). L. Popoff avait déjà remarqué que dans le cerveau d'individus atteints d'encéphalite traumatique et de fièvre typhoïde on trouve souvent des leucocytes à l'intérieur des cellules nerveuses. C'est dans le but d'expliquer ce fait que Lominski a entrepris ses recherches expérimentales et histologiques. Ses expériences portaient sur des grenouilles et des chiens chez lesquels il produisait (au moyen de sétons, etc.) une inflammation traumatique des cellules nerveuses dans les ganglions sympathiques et

la moelle. L'étude des nombreuses préparations microscopiques ainsi obtenues a convaincu l'auteur que, dans l'inflammation traumatique des ganglions sympathiques, les globules blancs du sang *mangent*, pour ainsi dire, absorbent les cellules nerveuses affectées et jouent, par conséquent, le rôle des phagocytes de Metchnikoff. La disparition des cellules nerveuses sous l'action de ces phagocytes se fait de la manière suivante : immédiatement après la lésion traumatique commence un processus de dégénération dans les cellules nerveuses (opacité, gonflement) et en même temps le tissu interstitiel est infiltré par les globules blancs du sang (phagocytes) qui pénètrent dans les cellules et commencent leur œuvre de destruction et d'absorption. Le plus souvent l'absorption marche de la périphérie au centre et on voit alors se former une série d'entailles périphériques qui donnent à la cellule une aspect dentelé, crénelé ; quelquefois les phagocytes entrent profondément et d'emblée à l'intérieur des cellules en y produisant des vacuoles et des fissures intra-cellulaires. Dans les deux cas les lacunes deviennent de plus en plus grandes, et en fin de compte la cellule disparaît complètement. La même chose se produit par rapport aux cellules nerveuses de la moelle et aux cylindres-axes.

W. HOLSTEIN.

Ulcère de jambe, de cause accidentelle, chez un athéromateux. Autopsie. Lésions vasculaires et nerveuses, par ARNOZAN et BOURSIER (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 *juillet* 1884).

Dans leur description histologique, les auteurs insistent particulièrement sur l'état des vaisseaux et des nerfs. Au milieu des éléments fibreux et cellulaires du derme (grosses cellules polygonales irrégulières de nouvelle formation), on aperçoit de nombreux espaces, limités par des faisceaux très distincts du tissu conjonctif, et dont la forme est tantôt circulaire, tantôt ovalaire, tantôt allongée. Ces espaces, à la limite desquels on ne distingue aucune espèce d'endothélium, sont remplis de globules sanguins altérés et déformés. Ils correspondent à la coupe de vaisseaux dilatés, sortes de sinus dont les parois ne paraissent pas contenir d'éléments contractiles, et dont la direction est généralement perpendiculaire à la surface de la peau. Ces lacs sanguins se rencontrent encore dans la partie la plus superficielle des couches serrées du tissu conjonctif, où ils disparaissent bientôt. Mais dans cette partie on trouve des veines dilatées, des artères à parois très épaisses et à calibre très large. Il existe entre autres, à moins d'un demi-centimètre de la surface libre, une grosse artère, très facilement visible à l'œil nu, dont la lumière mesure plus de deux millimètres de diamètre. Ses parois très fortes sont surtout formées de fibres musculaires ; les éléments élastiques y sont relativement moins abondants ; en dehors de l'artère même, on reconnaît sur plusieurs points des faisceaux musculaires lisses, appartenant au derme et dirigés parallèlement au vaisseau. Autour de cette artère, on trouve sept à huit artérioles à tuniques très épaisses, et un nombre à peu près égal de veines très dilatées.

Plusieurs tubes nerveux du nerf tibial antérieur, étudié au-dessus de l'ulcère, présentaient des altérations de névrite parenchymateuse ; segmentation de la myéline en boule ; disparition de la myéline sur plusieurs points. Il existe même des gaines complètement vides. Cependant le plus grand nombre des tubes nerveux est sain, et la proportion des fibres altérées est relativement faible. Dans le nerf crural, on ne trouve que quelques fibres lésées.

OZENNE.

Microscopische Untersuchungen einiger Lebensvorgänge des Blutes (Études microscopiques de quelques processus vitaux du sang), par M. LAVDOWSKY (*Arch. f. path. An. u. Phys., Bd. XCVI, H. 1, p. 60*).

L'auteur a déjà communiqué quelques résultats de ses recherches (*Jahresbericht* de Hoffmann et Schwalbe, 1882, p. 44). Il s'occupe presque exclusivement des leucocytes et commence par rappeler qu'on en décrit deux variétés. La première, comprenant des leucocytes à granulations très fines et appelés homogènes; la seconde, formée de leucocytes à grosses granulations. D'après lui, les globules blancs, soit homogènes, soit granuleux, ont besoin pour se déplacer d'avoir un point d'appui solide; dans un liquide ils ne peuvent se mouvoir et prennent une forme arrondie.

Après cette donnée générale, il étudie spécialement les globules blancs homogènes. Habituellement plus petits que les granuleux, ils deviennent, au contraire, beaucoup plus gros lorsqu'ils se déplacent. Ils ont un ou deux noyaux avec nucléole. Ils ont une grande tendance à s'accoler, cette propriété disparaît après la mort de ces éléments. C'est l'inverse qui se produit pour les globules rouges et et les hématoblastes, qui isolés pendant leur vie, tendent au contraire à s'accoler les uns aux autres après leur mort.

Les globules homogènes ont deux sortes de mouvements, des mouvements sur place ou amiboïdes, et des mouvements de translation ou migration. Ils n'ont pas de mouvements circulaires comme les globules homogènes de l'homme ou les globules granuleux des amphibies. Voici quel est le mécanisme de leur migration. Ils émettent des prolongements appelés pseudopodes. Si l'un de ces prolongements s'accroche à un point d'appui, la contraction de la cellule l'amène vers ce point. Si pendant qu'un pseudopode se fixe quelque part, un autre pseudopode ou la cellule elle-même se fixe ailleurs, la contraction de la cellule détermine un tiraillement qui peut amener sa rupture. C'est un mode de division de la cellule que Lavdowsky appelle division violente.

L'auteur étudie ensuite les leucocytes granuleux des mêmes amphibies (axolotl, triton, grenouille). Ces leucocytes granuleux sont formés de deux substances, l'une fondamentale, claire, analogue à celle qu'on trouve dans les leucocytes homogènes; on y trouverait des vacuoles avec un réseau fibrillaire; l'autre substance est formée par les granulations. Celles-ci sont les unes graisseuses, les autres albumineuses, d'autres sont peut être analogues à la matière glycogène ou bien pigmentaires. On y trouve un, deux, trois noyaux volumineux avec nucléole. Pendant leur migration, ils ont un aspect différent des leucocytes homogènes. Ils n'ont pas de longs pseudopodes grêles comme ceux-ci. On voit se former sur leur contour une saillie constituée par la substance claire, puis le réseau fibrillaire semble se contracter chassant les granulations une à une dans la saillie produite, les granulations ne paraissent pas douées de mouvements propres.

L'auteur étudie ensuite la force développée par ces éléments pendant leur migration : elle serait relativement considérable. Quand un leucocyte granuleux pénètre dans un amas de globules rouges, il s'insinue entre

eux, les écarte et les aplatit. L'auteur aurait même vu un leucocyte granuleux passer au travers d'un globule rouge se creusant à son intérieur un canal qui se serait refermé ensuite.

Puis Lavdowsky passe à l'étude des leucocytes des mammifères et de l'homme en particulier. Les deux ordres de leucocytes homogènes et granuleux se retrouvent chez eux. Les homogènes diffèrent peu de ceux des amphibies. Dans les leucocytes granuleux, le réseau fibrillaire n'est pas appréciable. Ils ont des mouvements plus rapides que ceux des amphibies, enfin ils possèdent le mouvement circulaire. Le noyau de la cellule en mouvement se trouve à sa partie postérieure.

Enfin, l'auteur s'occupe de la structure et de la division du noyau de ces leucocytes. Le noyau a aussi une structure réticulée qui n'est visible qu'avec les objectifs à immersion. Le réseau se colore plus énergiquement que la substance intermédiaire, il est dit chromatique ou cinétique, celle-ci est appelée achromatique ou acinétique. Au repos, le réseau n'est pas visible chez les mammifères.

A l'état de mouvement, l'aspect du noyau est différent suivant le mode de mouvement du noyau. Celui-ci peut avoir deux variétés de mouvements : 1° les mouvements amiboïdes qui produisent la division « directe » de la cellule et 2° des mouvements spéciaux plus intimes (cariocinèse), qui amènent la division « indirecte ». Les mouvements de ces deux sortes sont des mouvements actifs, propres au noyau.

Les mouvements amiboïdes peuvent amener la division du noyau. Il se produit dans la cellule deux, trois noyaux qui se séparent, entraînant avec eux une portion du protoplasma et formant de nouvelles cellules. C'est là la division directe. Le noyau ne semble pas subir de modification profonde.

Sur les leucocytes homogènes, on observe une sorte de division qu'on peut considérer comme un type dévié du précédent. C'est la division violente. Une cellule s'étire, donne des pseudopodes; il se peut que le noyau se trouve entraîné dans un pseudopode, il s'allonge comme lui et se brise comme lui, une partie du noyau se trouve ainsi entraînée dans la portion de protoplasma qui se détache et qui va former une nouvelle cellule. Si le protoplasma qui se sépare n'entraîne pas un fragment de noyau, il ne forme pas une cellule, mais une « cytode » qui n'est pas viable et qui meurt plus ou moins vite.

Dans le cas de division indirecte par cariocinèse, les nucléoles disparaissent des noyaux; ils semblent être absorbés par le réseau, celui-ci prend le plus ordinairement une forme étoilée à un ou deux centres qui tendent à se séparer.

Le noyau, outre le réseau, contient un liquide non colorable (acinétique), qui est également absorbé pendant le travail de la division cellulaire. Il ne paraît pas y avoir de membrane d'enveloppe au noyau.

Les leucocytes morts ou mourants prennent une forme arrondie, le noyau et le réseau disparaissent. P. GALLOIS.

Epithelioma contagiosum des Mineflügels (Epithélioma contagieux de la volaille), par CSOKOR (*Soc. des méd. de Vienne, 30 mars 1883*).

L'épithélioma contagieux observé chez les poules, les oies et surtout

les pigeons a été rapproché par Bollinger, Silvestrini et d'autres auteurs, de celui de l'homme.

On peut s'en assurer par le procédé des inoculations.

Les parasites animaux qu'on trouve dans les tumeurs molluscoïdes de cette variété ressemblent au *coccidium oviforme* que Leuckart a décrit dans l'épithélium intestinal de la souris. Ces parasites pénètrent dans l'intervalle des cellules épidermiques, dans le protoplasma même de ces cellules, ou se creusent des sillons qui les conduisent au-dessous du stratum corneum. L. GALLIARD.

Sur une variété rare de corps étrangers du genou, par JOHANNIDÈS et NEPVEU (*Bull. Soc. chir.*, *p.* 402, 1884).

Ces productions se distinguent : 1° par leur implantation racémeuse sur la synoviale ; 2° par l'existence sur les plus volumineuses de cavités cystiques remplies de graisse ; 3° par l'existence de feuillets concentriques visibles seulement au microscope sur les lignes de séparations desquels se trouvent des cellules à divers degrés de dégénérescence graisseuse. C'est à la coalescence et à la fusion de ces divers foyers de dégénérescence graisseuse, qu'est due la présence de cavités kystiques. Ces processus de nécrobiose et de transformation graisseuse des couches centrales sont une conséquence de l'absence dans leurs parois ou leur pédicule de moyens réguliers de nutrition ; 4° ces corps étrangers paraissent constitués par l'hyperplasie et la transformation cartilagineuse des villosités ou plutôt des appendices normaux de la synoviale, dans quelques-uns de ces appendices des franges synoviales. L. JULLIEN.

Das Adenom der Niere (L'adénome du rein), par WEICHSELBAUM et GREENISH (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft II*, *p.* 213, 1883).

L'adénome du rein a été observé dans un grand nombre de cas par Weichselbaum et Greenish, qui lui consacrent une monographie.

L'adénome siège indifféremment dans l'un ou l'autre rein, se développe presque toujours dans la substance corticale et aux extrémités d'une des faces de l'organe, rarement sur le bord convexe. Il constitue, en général, une tumeur arrondie unique, mais on peut rencontrer deux ou plusieurs adénomes dans un seul rein ou dans les deux reins. Leurs dimensions varient du grain de mil à l'œuf de poule ; les plus gros envahissent la substance médullaire ou font saillie à la surface de l'organe, soulevant la capsule et s'entourant d'une enveloppe fibreuse qui les sépare du parenchyme. La consistance est moindre que celle du tissu rénal, sauf dans les cas de dégénérescence fibreuse, la couleur grisâtre ; la vascularisation y est très variable.

Au microscope, on distingue deux formes : l'une papillaire, l'autre alvéolaire.

A. *L'adénome papillaire* est creusé d'une ou de plusieurs cavités remplies par des végétations ramifiées qui s'implantent sur la charpente fibreuse des parois et sont revêtues d'un épithélium cylindrique ou prismatique. L'origine de ces végétations existe dans la prolifération des cellules épithéliales des canalicules urinifères et surtout des canaux col-

lecteurs de l'écorce, et dans le plissement de leurs parois. C'est ce dont on peut se convaincre en observant leur stade initial : on voit la lumière des canalicules envahie par des excroissances sphéroïdales dont les éléments conjonctifs et cellulaires reproduisent ceux des canaux qui leur ont donné naissance, et qui augmentent de volume quand on les considère plus près du centre de la tumeur.

B. *L'adénome alvéolaire* est constitué par des alvéoles de forme et de dimension variables, tapissées ou remplies de cellules épithélioïdes, polyédriques ou prismatiques, rappelant celles des canaliculi contorti, mais toujours plus volumineuses que ces dernières. Le stroma est mince et contient des vaisseaux. Cette variété d'adénome se développe manifestement aux dépens des canaliculi contorti ; les auteurs ont pu suivre toutes les phases du développement. Quand l'adénome atteint un certain volume, il s'entoure, comme dans l'autre variété, d'une capsule fibreuse.

L'adénome peut subir diverses dégénérescences secondaires :

1° La dégénérescence graisseuse portant sur les cellules et pouvant donner à la tumeur l'aspect d'un lipome ;

2° La transformation fibroïde qui frappe surtout l'adénome alvéolaire, dessèche une partie des cellules, tandis que les autres cellules, serrées et comprimées, se disposent en longues rangées, absolument comme celles du sarcome fuso-cellulaire ou du fibro-sarcome ;

3° La dégénérescence fibreuse où l'on note l'énorme développement de stroma aux dépens des cellules qui disparaissent presque complètement ;

4° La transformation caverneuse résultant de la dilatation des vaisseaux qui circulent dans les cloisons, de leur rupture et de l'irruption du sang dans les cavités alvéolaires (le pigment sanguin peut infiltrer les éléments de l'adénome) ;

5° La transformation kystique consécutive, soit à la dégénérescence graisseuse de la tumeur elle-même, soit à la dégénérescence colloïde du tissu rénal interposé entre les lobules.

L'adénome du rein ne s'observe qu'à partir de 30 ans, mais ne devient fréquent que dans la vieillesse. Il coïncide toujours avec la cirrhose du rein et spécialement avec la cirrhose sénile : on sait que l'adénome du foie se produit d'une façon analogue dans l'organe cirrhosé. C'est là une donnée pathogénique fort importante.

A propos du diagnostic histologique, les auteurs combattent les opinions de Sabourin (*R. S. M.*, t. XXIV, p. 503), et considèrent les sarcomes et fibro-sarcomes décrits par ce micrographe comme des adénomes dégénérés. On peut confondre, au début, l'adénome avec le carcinome, mais dès qu'il atteint un certain volume, il s'entoure d'une capsule propre ; de plus il n'a jamais l'allure d'une tumeur maligne et ne dégénère jamais en carcinome. L. GALLIARD.

Des variétés chirurgicales de tissu osseux, par CHARPY (*Rev. de chir., septembre* 1884).

Partant de ce fait que le tissu osseux éprouve de nombreuses variations dans le cours de la vie, l'auteur s'est efforcé de rechercher les modifications qu'il présente soit dans son activité physiologique, soit dans

ses qualités physiques, lorsqu'il a à subir l'influence de la tuberculose et des actions mécaniques extérieures.

Adoptant la division des classiques en os rouges, os jaunes et os blancs, M. Charpy étudie le degré de réceptivité de chacun d'eux pour la tuberculose.

L'os rouge ou sanguin, celui qu'on rencontre sur l'adulte, sur l'homme vigoureux, est, sinon réfractaire, du moins rebelle à la culture de la tuberculose, et cela à cause de sa richesse vasculaire : le tubercule se comporte à son égard comme il le fait pour tous les organes fortement hématosés ; il le fuit à cause de sa répulsion pour l'oxygène ; aussi la meilleure méthode de le détruire est-elle de provoquer l'hyperémie, de traiter toute lésion suspecte par les moyens les plus propres à établir une large aération.

L'os jaune ou os gras participe de la déchéance que l'adiposité imprime à tout tissu qu'elle envahit ; sa nutrition est ralentie, diminuée, ce qui, de prime abord, pourrait faire supposer que cet os doit être un terrain propice à la fixation du microbe ; la réponse, faute d'observations, ne peut actuellement qu'être ajournée, bien que l'étude de quelques variétés de tumeurs blanches soit plutôt de nature à montrer que l'os gras est un sol défavorable.

Quant à l'os blanc, type atrophique spécial, c'est le véritable os du phtisique : là, suivant les expressions de l'auteur, le microbe tuberculeux est chez lui et non en parasite ; il est sur son propre terrain, celui que les nombreuses générations de ses aïeux ont préparé pour lui, ou directement ou par l'atrophie circulatoire. C'est un terrain maigre, mal canalisé, sur lequel se multiplient facilement les colonies, et deviennent tenaces, envahissantes, récidivantes.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, M. Charpy s'occupe, toujours en se plaçant au même point de vue, de quelques-uns des caractères inorganiques (densité, ténacité) du tissu osseux ; son étude porte sur les variations individuelles, dépendantes de l'âge et du sexe, chez les sujets indemnes de tuberculose, et chez les vrais types phtisiques. OZENNE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

De la puissance inhibitrice et de la puissance convulsivante de l'acide carbonique, par BROWN SÉQUARD (*Bull. de la Soc. de biol.*, 11 *octobre* 1884).

La pathogénie des convulsions de l'asphyxie est un point de physiologie qui a provoqué différentes interprétations : Est-ce à la présence de l'acide carbonique en excès dans le sang ou à l'absence d'oxygène qu'il faut attribuer ces accidents convulsifs ? D'après de nombreuses expériences, M. Brown-Séquard estime qu'ils ne dépendent que du degré de la puissance inhibitrice de l'acide carbonique : tantôt cette puissance est suffisante pour tenir en échec le pouvoir excito-moteur de la moelle et empêcher les convulsions d'éclater ; tantôt elle ne suffit plus à cause de

la diminution de ce gaz dans le sang et au commencement du retour de l'oxygénation, grâce à laquelle le sang retrouve son pouvoir excitateur.

OZENNE.

Rôle de l'acide carbonique dans l'asphyxie, par BERT (*Bull. de la Soc. de biol.*, 18 *octobre* 1884).

Contrairement à M. Brown-Séquard, M. Bert pense que la vraie cause des convulsions dans l'asphyxie est la privation d'oxygène ; il appuie son opinion sur ce fait qu'on voit les accidents convulsifs survenir en privant les animaux d'oxygène sans qu'il y ait variation de la quantité d'acide carbonique et que, d'autre part, ils n'apparaissent pas lorsqu'on accumule dans l'organisme des doses toxiques d'acide carbonique. Si, en effet, cet acide était un excitant des centres nerveux, il devrait produire ses effets, quand on l'accumule lentement, ce qui n'a pas lieu. Quant aux phénomènes d'inhibition, dus à cet acide, ils sont susceptibles d'une interprétation autre que celle que leur donne M. Brown-Séquard.

OZENNE.

De l'influence de la chaleur sur la respiration, et de la dyspnée thermique, par Ch. RICHET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *août* 1884).

Les physiologistes qui se sont occupés de la dyspnée thermique (accroissement du nombre des respirations par le fait de la chaleur) ne sont pas d'accord sur la cause de ce phénomène, les uns pensant que l'accélération respiratoire est due à l'échauffement du système nerveux central, les autres croyant à une action réflexe dont le point de départ serait dans les nerfs cutanés périphériques. Les expériences de l'auteur lui ont montré que ces deux mécanismes peuvent se réaliser, dans des conditions spéciales, chez le chien; ainsi en provoquant, par des excitations électriques, un tétanos général, on voit la respiration s'accélérer à mesure que la température du corps s'élève ; cette dyspnée thermique est alors d'origine centrale, puisque dans ces conditions la température extérieure n'a pas varié ; mais il y a aussi une dyspnée thermique réflexe, car des chiens placés dans une étuve à 41 degrés deviennent aussitôt très anhélants, quoique la température centrale n'ait pas varié. Cette dyspnée thermique réflexe, qui ne s'observe pas chez l'homme, représente chez le chien un mécanisme de réfrigération qui supplée au défaut de sa transpiration cutanée. Du reste, d'importantes différences distinguent la dyspnée thermique centrale et la dyspnée thermique réflexe; cette dernière est absolument abolie par le chloral, qui n'agit pas sur la première ; dans la thermo-dyspnée réflexe, l'eau froide arrête immédiatement et d'une manière durable l'accélération réflexe ; au contraire l'eau froide n'agit que peu, et, en tout cas, d'une manière non durable, sur la dyspnée d'origine centrale.

M. DUVAL.

Sur la distribution topographique des dégénérescences secondaires, consécutives aux lésions destructives des hémisphères cérébraux chez l'homme et chez quelques animaux, par A. PITRES (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *juillet* 1884).

En détruisant, sur divers animaux, certains points bien déterminés

du cerveau (régions motrices corticales) et en laissant vivre les animaux pendant un temps assez long pour que les dégénérescences aient acquis tout leur développement, l'autour a recherché si ces dégénérescences secondaires d'origine cérébrale se produisent et se distribuent d'après les mêmes lois que chez l'homme. De cette étude il résulte que, si chez l'homme une grande partie des fibres qui partent des régions motrices de l'écorce se prolongent jusque dans la moelle épinière, chez le chien et le chat, au contraire, les fibres cortico-médullaires sont relativement peu abondantes; chez le lapin et le cobaye, il n'y a pas de fibres cortico-médullaires, toutes les fibres qui partent des régions excitables des hémisphères cérébraux s'arrêtant dans la protubérance ou le bulbe. Enfin, chez les pigeons et les poules, les lobes cérébraux ne sont pas réunis par des faisceaux distincts aux parties sous-jacentes de l'axe nerveux; il n'y a pas chez eux de faisceau pyramidal, ou tout au moins ce faisceau, s'il existe, n'a pas son point de départ dans les lobes cérébraux. Ces différences dans les rapports qui unissent le cerveau aux centres nerveux inférieurs chez l'homme et chez les animaux habituellement employés dans les recherches physiologiques, sont de nature à expliquer un certain nombre d'opinions contradictoires émises, dans la question des localisations motrices corticales, par les cliniciens d'une part, et d'autre part par les physiologistes. M. DUVAL.

Klinische Studien über Transsudationsprocesse im Organismus (Études cliniques sur les processus de transsudation dans l'organisme), par J.-W. RUNEBERG (*D. Archiv f. klin. Medic., Bd. XXXV, Heft 3 et 4*, p. 266, 1884).

Cette étude fait suite à un travail antérieur. (*R. S. M.*, XXI, 442.) Voici les résultats généraux auxquels est parvenu l'auteur dans cette nouvelle série de recherches.

Les substances qui se trouvent en *véritable solution* dans le sérum du sang filtrent dans les produits de transsudation pathologique avec le même degré de concentration qu'elles présentent dans le sérum sanguin quelles que soient les circonstances dans lesquelles se fait cette transsudation. L'état des parois vasculaires, la rapidité de la circulation, la pression sanguine n'ont aucune influence sur ce processus. Les lois de transsudation sont donc les mêmes dans l'organisme que pour la transsudation du dehors de l'organisme à travers des membranes. Les lois qui régissent ce phénomène sont les mêmes dans les deux cas.

Ces considérations ne s'appliquent ni à l'albumine, ni au chlorure de sodium, ni aux éléments figurés. Les liquides de transsudation varient précisément suivant qu'ils sont plus ou moins riches en albumine et en éléments figurés. La perméabilité de la membrane filtrante joue un rôle important vis-à-vis de ces substances : elle modifie considérablement leur richesse en albumine et en globules. Cette richesse est d'autant plus marquée que la perméabilité des membranes est plus grande.

C'est ainsi que dans les processus inflammatoires la nature des liquides de transsudation est très variable, ainsi qu'il a été démontré dans la première partie de ce travail.

Quoi qu'il en soit les liquides transsudés sont toujours constitués par

du sérum sanguin auquel se mélangent en quantité faible, surtout dans les transsudations inflammatoires, des particules des tissus. A. MATHIEU.

Notes on an inquiry into the morphology of measles contagium, its mode of reproduction and its distribution in the tissues of the infected subject, par Murray BRAIDWOOD et Francis VACHER (*Brit. med. journ., p.* 77, *janvier* 1882).

Après avoir passé en revue les diverses tentatives faites depuis le commencement du siècle, pour isoler le contage morbilleux, les auteurs décrivent leur procédé. Ils enduisent de glycérine la surface interne de plusieurs tubes de verre assez larges, et font respirer au travers de ces tubes des enfants atteints de rougeole. La glycérine est ensuite examinée au microscope, et l'on y trouve des corps nombreux, réfringents, les uns sphériques, d'autres allongés et fusiformes; ils sont surtout abondants le premier et le second jour de l'éruption de rougeole. Des expériences de contrôle, faites sur des enfants sains, ne montrent aucune trace de ces petits corps.

Sur deux sujets ayant succombé à des rougeoles malignes, les auteurs ont recherché ces petits corps, et voici ce qu'ils ont trouvé. Dans la peau, on rencontre les corpuscules en question à la partie supérieure du chorion muqueux, au voisinage des glandes sudoripares et des espaces lymphatiques, mais point dans leur intérieur. Ils restent incolores, alors que les tissus ambiants sont colorés au carmin. Dans le poumon, ces organismes se retrouvent mêlés à des lésions de catarrhe et de bronchopneumonie. Enfin on en rencontre également dans le foie, au voisinage immédiat des artérioles.

Les auteurs considèrent ces corpuscules comme les agents actifs du contage morbilleux. Ils semblent de nature albuminoïde, assez analogues, morphologiquement, aux corpuscules de la lymphe vaccinale, mais près du double plus volumineux. La forme sphérique serait un premier stade du développement de ces corps, qui n'atteindraient leur perfection qu'avec l'aspect fusiforme. H. R.

Ist die Entfernung der Schilddrüse ein physiologisch erlaubter Akt (L'extirpation de la glande thyroïde est-elle rationnelle au point de vue physiologique ?), par G. ZESAS (*Arch. f. klin. Chir., t. XXX, p.* 395).

L'auteur a pratiqué sur des chiens et des chats un certain nombre d'extirpations soit simultanées, soit consécutives, soit isolées du corps thyroïde et de la rate et il a pu constater :

1° Que tous les animaux auxquels on extirpe soit la rate, soit le corps thyroïde, soit les deux organes, présentent, quelque temps après l'opération un fort degré de leucocythémie, ce qui prouve que ces deux organes jouent un rôle sanguificateur dans l'économie. Toutefois, comme cette leucocythémie est plus tardive et plus passagère chez les animaux privés du corps thyroïde que chez les animaux privés de la rate, il admet que la fonction hématopoiétique de la rate est plus importante que celle du corps thyroïde;

2° Que les animaux auxquels on extirpe la rate isolément sont suscep-

tibles d'une survie assez longue parce que le corps thyroïde supplée alors aux fonctions de la rate ;

3° Que presque tous les animaux auxquels on extirpe le corps thyroïde isolément succombent après avoir présenté, outre la leucocythémie, des phénomènes d'anémie cérébrale qu'on n'observe pas après l'extirpation de la rate ;

4° Que tous les animaux qui subissent l'extirpation simultanée de la rate et du corps thyroïde succombent après avoir également présenté des phénomènes d'anémie cérébrale (somnolence, perte de l'appétit, titubation paralysie et convulsions). Seul un animal opéré par Bardeleben a fait exception à cette règle ; il s'agissait d'un jeune chien qui avait encore son thymus ;

5° Qu'à l'autopsie des animaux privés de rate on ne rencontre guère que de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et souvent du foie, tandis qu'à l'autopsie des animaux privés du corps thyroïde on observe la pâleur cireuse du cerveau, la vacuité des vaisseaux encéphaliques, en un mot les lésions caractéristiques de l'anémie cérébrale.

L'auteur en conclut, qu'outre son rôle sanguificateur qui peut être suppléé par la rate, le corps thyroïde joue encore dans l'économie un rôle plus important, que nul organe ne peut suppléer, celui de régulateur de la circulation cérébrale, que Liebermeister et Schiff lui ont du reste déjà reconnu. — C'est à la suppression de cet appareil régulateur qu'il faut attribuer les phénomènes de cachexie crétinoïde signalés par Kocher chez ses opérés. En conséquence l'extirpation du corps thyroïde n'est pas justifiée au point de vue physiologique. DE SANTI.

Zur Frage nach der physiologischen Beziehung der Schilddrüse zur Milz (Des rapports physiologiques du corps thyroïde et de la rate), par Alexander TAUBER (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCVI, H. 1, p. 29, 1884*).

L'auteur rappelle les différentes opinions émises sur la similitude des fonctions du corps thyroïde et de la rate. Il insiste surtout sur les opinions émises par Zesas (voy. plus haut) qu'il n'admet pas complètement. Sur certains animaux il enlève la rate, sur d'autres, après avoir enlevé la rate il enlève consécutivement le corps thyroïde, dans le troisième cas il enlève à la fois les deux organes.

Il a été tout d'abord étonné de remarquer fréquemment l'absence totale du corps thyroïde chez nos animaux domestiques. D'après lui la rate constitue un des réservoirs principaux du sang ; après son ablation on observe des stases dans divers organes. Il n'y a pas entre la rate et le corps thyroïde une identité fonctionnelle absolue. Les animaux âgés supportent moins bien la splénotomie que ceux d'un âge moyen. Les animaux privés de rate se reproduisent, leurs petits naissent avec une rate. La splénotomie ne diminue pas les facultés digestives des animaux comme pourraient le faire croire les opinions de Schiff et de Herzen. Enfin, après la splénotomie les animaux sont très anémiques, le nombre de leurs globules blancs s'accroît, le volume et le nombre des globules rouges diminuent. P. GALLOIS.

Sur l'extirpation du corps thyroïde, par C. SANQUIRICO et P. CANALIS (*Arch. ital. de biologie, t. V, f. 3, p. 390*).

Les expériences entreprises par les auteurs de ce mémoire, ont eu pour but l'étude pathogénique de cette singulière cachexie qui se montre si fréquemment à la suite de l'ablation totale de la glande thyroïde. Les animaux sur lesquels ils ont expérimenté étaient des chiens Ils ont observé que l'ablation totale de la thyroïde chez ces derniers est fatalement mortelle, et qu'au contraire, lorsque la destruction ne portait que sur une partie de la glande, les chiens ne semblaient pas se ressentir de cette opération.

Pour répondre à la théorie de Zesas, d'après laquelle le corps thyroïde n'aurait qu'une fonction complémentaire de celle de la rate, ils ont enlevé à la fois et la rate et le corps thyroïde chez plusieurs chiens : là encore les résultats ont été conformes à ceux que nous venons d'indiquer. MM. Sanquirico et Canalis tirent donc de ce fait cette conclusion à savoir que la rate n'a aucun rapport physiologique avec la thyroïde. Pour eux, comme pour Reverdin et Schiff, la cachexie strumiprive serait plutôt due à la suppression d'un organe, qui normalement doit être considéré comme un centre d'action dans l'innervation vaso-motrice.

C. GIRAUDEAU.

Lungenexstirpation bei experimentell localisirter Tuberculose (Extirpation du poumon dans la tuberculose expérimentale localisée), par BIONDI (*Wien. med. Jahrb., Heft 3, p. 207, 1884*).

L'auteur a recherché si l'extirpation d'un poumon tuberculisé pouvait s'effectuer chez les animaux sans déterminer la mort. Ses expériences ont porté sur des lapins, des chiens et des chats. Il leur a d'abord inoculé la tuberculose, soit en injectant la matière infectante dans la bronche gauche au moyen d'un cathéter après trachéotomie (chez les chiens), soit en la portant directement au moyen d'une seringue dans le parenchyme du poumon gauche attiré hors du thorax après section de la paroi thoracique (chez les lapins).

Les animaux qui ont survécu à cette première opération (11 sur 21), n'ont présenté qu'au bout de 16 à 20 jours les premiers symptômes de la phtisie : fièvre, amaigrissement, inappétence, etc. Après une douzaine de jours d'observation, l'auteur a pratiqué la seconde opération sur dix survivants, un lapin ayant succombé avant l'intervention chirurgicale. L'extirpation du poumon malade a causé la mort de deux chats, d'un lapin et d'un chien, mais chez deux de ces animaux l'organe ne contenait pas de tubercule. Sept enfin ont survécu à l'opération ; comme deux de ces derniers n'offraient pas dans le poumon extirpé de nodule tuberculeux, le nombre des survivants utilisables pour la démonstration expérimentale se réduit à cinq (3 lapins et 2 chats). Les chiens paraissent réfractaires à l'inoculation directe.

Il est intéressant de voir des animaux déjà affaiblis par le processus tuberculeux, supporter un traumatisme aussi important : il faut que l'infection soit restée localisée au poumon inoculé. Ces résultats sont instructifs au point de vue des applications à la chirurgie humaine.

L. GALLIARD.

De la splénectomie chez le lapin et de l'absence de rapports fonctionnels entre la rate et le corps thyroïde, par G. TIZZONI (*Arch. ital. de biol., t. IV, f.* 1, 15 *décembre* 1884).

L'ablation de la rate chez le lapin, pratiquée par M. Tizzoni, ne s'est jamais accompagnée, contrairement à ce que d'autres expérimentateurs ont observé, de modification de volume du corps thyroïde. La moelle des os seule, et exclusivement chez les animaux jeunes, présentait une plus grande quantité de globules sanguins nucléés, indice de l'exagération de sa suractivité physiologique. C. GIRAUDEAU.

Sulla rigenerazione parziale del fegato (De la régénération partielle du foie), par CORONA (*Annali universali di med. e di chirg., mai* 1884).

Ce travail complète les recherches de Tizzoni, Petrone et Colucci sur le même sujet. Les expériences ont été faites sur les chiens qui supportent sans souffrance l'ablation partielle du foie et guérissent très bien. Après cette opération il se développe un processus de régénération du tissu hépatique, et 17 jours après l'opération, le tissu hépatique de nouvelle formation se voit à l'état complet en quelques points, sous l'apparence de trabécules hépatiques qui plongent dans le tissu conjonctif cicatriciel.

Quelques-uns de ces bourgeons sont déjà canalisés. L'auteur ne croit pas que cette régénération se fasse par l'organisation et la métamorphose directe des globules blancs du sang, elle résulte de la prolifération des cellules préexistantes par multiplication nucléaire; elles répondent aux agents irritants comme celles des autres tissus et contribuent à la réparation de l'organe.

Quatre dessins sont annexés à ce travail. F. BALZER.

Beiträge zur Lehre vom Icterus (Contributions à l'étude de l'ictère), par H. QUINCKE (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Bd. CXV., Heft* 1, *p.* 1).

1° Formation de la matière colorante de la bile (bilirubine) dans les extravations sanguines :

Quincke faisait des injections de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané chez des chiens; il fut amené à découvrir ainsi qu'il se formait de la matière colorante de la bile au point où étaient faites ces injections. Cette matière colorante se trouve déjà au bout de 8 jours et peut se trouver encore au bout de 11 mois. Elle est au maximum vers le 4e mois.

Indépendamment de cette matières colorante, on trouve des granulation pigmentaires répandues dans les interstices du tissu conjonctif et dans les cellules elles-mêmes. Ces granulations qui renferment du fer sont transportées par les globules blancs dans les ganglions lymphatiques correspondants. Au contraire, lorsqu'il s'est fait de la bilirubine, le fer a complètement disparu.

Le sang épanché peut donc se comporter de deux façons tout à fait différentes, ou bien il se transforme en granulations pigmentaires qui sont transportées par les voies lymphatiques dans les ganglions, ou bien l'hémoglobine transsude hors des globules et se convertit en bilirubine.

Dans le premier cas, on retrouve le fer de l'hémoglobine ; dans le second, il disparaît et on ne trouve plus que les réactions de la bilirubine.

2° Ictère hépatogénique et anhépatogénique :

On distingue l'ictère en ictère hépatogénique et hématogénique. Cette dernière expression préjuge pour le sang un rôle qui n'est pas démontré. On ne trouve en effet jamais de matière colorante de la bile dans le sang. Le sang fournit son hémoglobine pour la production de la bilirubine sans que l'on sache exactement où se fait la transformation. Peut-être le tissu cellulaire n'y est-il pas étranger et y a-t-il un ictère dont les éléments sont élaborés dans le tissu cellulaire.

3° Façon différente dont se comportent les diverses espèces animales par rapport à la matière colorante de la bile :

Langhans n'a pas trouvé la bilirubine à la suite des extravasations sanguines chez le lapin et le cobaye. Il est vrai que les diverses espèces animales se comportent d'une façon tout à fait différente en présence de la matière colorante de la bile. Les chiens et les lapins ont très facilement de l'ictère (de la cholémie). Des lapins maintenus à jeun pendant quelques heures ont souvent de la bile dans leur urine. Par contre lorsqu'on lie le canal cholédoque de ces animaux, la matière colorante de la bile disparaît rapidement de leur conjonctive qui cesse d'être ictérique en 2 ou 3 jours.

D'après Epstein, les nouveau-nés n'ont pas de matière colorante de la bile dans leur urine, et chose bizarre l'urobiline ne se trouve jamais dans les urines des nouveau-nés du chien et du lapin.

4° Sur l'ictère dû à l'urobiline, Quincke pense que l'ictère hémaphéique de Gubler et de Dreyfus-Brisac est identique à l'ictère par urobiline. Il pense, d'autre part, que ce n'est là qu'un degré léger de l'ictère ordinaire, biliphéique.

Cet auteur a recherché l'urobiline dans les divers cas d'ictère qu'il a pu observer. Dans les cas légers (pneumonie et affections cardiaques), lorsque la teinte subictérique de la peau était très légère, il ne l'a trouvée ni dans les matières colorantes de la bile, ni dans le sérum des épanchements hydropiques, ni dans l'urine. Avec un degré un peu plus accentué d'ictère, l'urobiline se retrouvait dans l'urine et dans le sérum alors qu'on n'y trouvait encore pas de bilirubine. Les examens faits au spectroscope démontraient donc que le prétendu hémaphéisme est dû à la présence de l'urobiline. A. MATHIEU.

Acétone et acétonémie, par ALBERTONI (*Medicina contemporanea, avril* 1884).

Voici le résultat des expériences de l'auteur : chez l'homme, des doses élevées d'acétone (15 à 20 centig.) prises par la bouche ne produisent rien d'anormal, si ce n'est un peu d'étourdissement.

Chez le chien, 1 gramme par kilogramme du poids du corps, aucun effet. A 4 grammes, ivresse semblable à celle de l'alcool avec plus grand désordre dans les mouvements ; il n'y a pas de paralysie, mais seulement un peu de faiblesse ; la sensibilité à la douleur est diminuée mais non suspendue. Peau chaude, oreilles rouges, température rectale légèrement abaissée, pupilles un peu dilatées, respiration presque régulière, battements du cœur plus fréquents. La dose mortelle par l'estomac est de 8 grammes par kilogramme du poids du corps.

L'acétone augmente la sécrétion de la salive et du suc gastrique ; son action sur l'estomac ressemble à celle de l'alcool, mais est plus marquée. Elle agit sur tous les centres nerveux, d'abord sur le cerveau et le cervelet, puis sur la moelle, mais moins sur la moelle allongée.

En somme ses effets sont en tout semblables à ceux de l'alcool, mais son pouvoir toxique est moindre.

On trouve dans l'organisme normal une faible quantité d'acétone. L'auteur en a recherché l'origine chez l'individu sain. Si l'on donne 100 grammes de glucose à des lapins on ne trouve pas de traces d'acétone dans l'urine. De fortes doses des divers alcools primaires donnés à des chiens ne se sont pas transformées en acétone. Il n'en est pas de même de l'alcool isopropylique qui s'oxyde et se change en acétone qu'on trouve dans l'urine.

Si l'on donne de l'acétone à l'homme, on la rencontre inaltérée dans les urines ; une partie s'élimine aussi par les poumons.

Ces expériences permettent d'admettre la possibilité de l'empoisonnement par l'acétone (acétonémie). Mais pour cela il faut qu'il se produise dans l'économie une quantité notable de la substance, puisqu'elle est moins active que l'alcool ; les phénomènes toxiques sont ceux de l'alcool éthylique ; les formes d'acétonémie qui présentent des symptomes différents sont inadmissibles.

La mort par le coma, comme cela arrive dans le diabète, peut être produite par l'acétone à hautes doses ; mais ce n'est que dans quelques cas que les phénomènes du coma diabétique se rapportent à ceux produits par l'acétone. BAZILE FÉRIS.

Sur la physiologie pathologique des capsules surrénales, par G. TIZZONI (*Arch. ital. de biologie, t. V, fasc. III, p.* 383, 1884).

La destruction de l'une ou des deux capsules surrénales entraîne à sa suite, chez le lapin, une pigmentation brune des lèvres, des narines, de la muqueuse, de la cavité buccale et de la pituitaire. Tout le reste de la surface du corps ne subit aucune modification, à l'exception peut-être de la peau du scrotum qui devient beaucoup plus foncée que celle des animaux qui n'ont subi aucune opération. En dehors de cette distribution anormale du pigment, les animaux auxquels on a extirpé une capsule surrénale ou toutes les deux sont parfaitement bien portants. Dans deux cas enfin l'auteur a observé la régénération de capsules surrénales qui avaient été presque complètement détruites. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de l'agent virulent de la septicémie puerpérale, par ARLOING (*Lyon méd., p.* 448, 3 *août* 1884).

En examinant les lochies des femmes atteintes de septicémie puerpérale, on trouve, avec les débris épithéliaux et les globules de pus, des micro-organismes bacilliformes composés de cocci noyés dans une gangue protoplasmique. Le sang contient de rares microcoques isolés ou de courtes chaînettes.

L'inoculation de ces liquides dans le péritoine de lapin, provoque des péritonites intenses, purulentes ou pseudo-membraneuses. L'inoculation veineuse amène des accidents mortels.

Le virus puerpéral, représenté par une goutte de sang des veines hépatiques d'un lapin, est cultivé dans le bouillon de bœuf salé; les autres liquides n'assurent pas la conservation du virus. M. Arloing est allé, de culture en culture, jusqu'à la vingt-sixième génération. Dès les premiers jours, les éléments se métamorphosent; les grosses chaînettes disparaissent; puis les fines se résolvent en diplocoques.

Les cultures dans le vide ont été poussées jusqu'à la septième génération et semblent plus actives que les cultures à l'air libre. Chauffées entre 45 et 47° les cultures restent stériles, cependant elles conservent pendant quelques jours leurs propriétés virulentes, car on peut les voir se développer en en introduisant quelques gouttes dans un bouillon à 35°. A 43° le virus perd de son intensité, et les lapins, inoculés, résistent mieux, parfois même complètement. Il y a une atténuation du virus. Mais qu'il s'agisse d'une forme quelconque de la septicémie puerpérale, c'est toujours le même agent, avec un degré d'activité plus ou moins prononcé et partant des phénomènes plus ou moins aigus, rapides dans l'organisme contagionné. A. C.

Ueber den heutigen Stand der Lehre von den Infectionsträgern bei Puerperalfieber (État actuel de la science sur la question des agents d'infection dans la fièvre puerpérale), par LOMER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, B. X, Heft 2*).

Parmi les microbes qui ont été trouvés dans la fièvre puerpérale, les plus constants et les plus importants sont les micrococcus en chapelet. La présence de ces organismes a été constaté dans les exsudats et dans tous les organes, foie, reins, rate. Il a été impossible jusqu'à ce jour de distinguer des espèces différentes dans ces coccus : les différences de grosseur constatées par certains observateurs ne suffisent pas pour permettre d'établir des types distincts, ces différences pouvant être mises sur le compte des procédés ou des instruments. Les essais de culture peuvent seuls résoudre la question. Dans l'érysipèle, la scarlatine, la diphthérie et la fièvre puerpérale, on a trouvé des coccus en chapelet : ces microbes ne présentent aucune différence dans leur forme, leur mode de développement et leurs milieux de culture, leur résistance à l'égard des températures, et leur mode de coloration. Les inoculations pratiquées avec des cultures pures de ces coccus n'ont donné jusqu'ici aucun résultat caractéristique. Les micrococcus en chapelet se trouvent encore dans les plaies infectieuses et chez les pyémiques. Il existe donc cinq affections : la fièvre puerpérale, l'érysipèle, la scarlatine, la diphtérie et la pyémie qui présentent comme caractère commun, la présence de coccus en chapelet absolument semblables.

Les observations personnelles à l'auteur sont au nombre de trois. Dans le premier cas, les coccus en chapelet ont été constatés avant la mort dans le liquide séreux extrait de bulles de pemphigus : les tentatives de culture ont échoué. Dans le second cas les coccus ont été constatés dans le sang pris sur la malade avant la mort, et la culture dans la gélatine a réussi : les colonies ont l'aspect de petits points blancs et brillants, disposés en série comme une rangée de perles. Elles se développent assez lentement et se cultivent aussi dans la pomme de terre. Dans le troisième cas, il a

été impossible de découvrir des coccus dans le sang pendant la vie : les cultures faites avec les coccus recueillis après la mort dans la sérosité abdominale et le pus d'abcès paramétrique ont réussi.

Les coccus en chapelets ne sont pas les seuls microbes que l'on trouve dans la fièvre puerpérale. Dans un cas observé par l'auteur, le pus d'un abcès d'origine puerpérale présentait un mélange de coccus et de bactéries de formes les plus diverses : les coccus en chapelet abondaient. Dans un autre cas, à l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, les coccus en chapelet étaient nombreux dans la sérosité abdominale et les organes ; le pus d'un abcès pelvien ne présentait que des bactéries et pas de coccus.

Les résultats des autopsies dans lesquelles on a trouvé des microbes de formes variées, ne doivent être admis qu'avec réserve, ces microbes pouvant être le produit d'altération *post mortem* ou *in agone*. Un certain nombre d'observations de Doléris mériteraient ce reproche.

Il est impossible jusqu'à ce jour de distinguer la fièvre puerpérale en plusieurs espèces, soit en se basant sur les recherches histologiques comme le veut Doléris, soit en se basant sur le mode d'invasion (Fränkel).

Enfin, dans quelques cas de fièvres puerpérales, on ne trouve aucun microbe. Dans trois observations présentées par l'auteur, les recherches histologiques (post mortem) ont été absolument infructueuses au point de vue de la présence des microbes. (*R. S. M.*, XX, 741 ; XXI, 474.)

H. DE BRINON.

Die Wirkung des Phosphors auf den Fötus (Action du phosphore sur le fœtus, par Igaoushi Moritzi MIURA (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *XCVI*, *H.* 1, *p.* 54, 1884).

Ayant remarqué que les suicides par le phosphore s'observaient surtout chez les femmes et les femmes enceintes, l'auteur s'est demandé si le phosphore passait dans le fœtus. Il a fait prendre à des femelles pleines de l'huile phosphorée à 0,5 pour 100 et par petites doses répétées pour éviter soit l'avortement, soit une mort trop rapide. Il laissait d'abord ses animaux jeûner pendant deux jours et leur injectait ensuite l'huile phosphorée dans l'estomac avec une sonde.

Les lésions observées chez le fœtus sont les mêmes que celles que l'on trouve chez la mère. La dénégérescence graisseuse des divers organes est très nette dès le second jour. Le foie est toujours plus altéré que les autres organes. Miura fait remarquer que cette prédominance des lésions dans le foie peut s'expliquer facilement. Chez la mère, le phosphore de l'intestin passe dans le système porte et de là dans le foie ; chez le fœtus le phosphore passant par la veine ombilicale arrive également au foie. Dans les deux cas le foie est l'organe le premier mis en contact avec le poison.

P. GALLOIS.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Zur Pharmakologie der Camphergruppe, par P. PELLACANI (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak., Band XVII, Heft* 6, *p.* 309).

Les recherches de l'auteur ont trait à l'action physiologique du camphérol, du bornéol, du menthol et du monobromure de camphre. En voici les principaux résultats :

Le camphérol, produit de dédoublement du camphre, qui prend naissance au sein de l'organisme des animaux auxquels on administre ce dernier corps, s'extrait de l'urine de la manière suivante. On traite l'urine par de l'acétate basique d'oxyde de plomb, puis par l'ammoniaque. Le précipité, bien lavé, est décomposé en présence de l'hydrogène sulfuré. Le liquide filtré, qui renferme les acides dérivés du camphre, est soumis à l'évaporation et les acides sont, pendant des semaines, laissés en présence de l'acide chlorhydrique à une température de 60 degrés. Dans l'intervalle, on extrait chaque jour du liquide, au moyen de l'éther, une certaine quantité d'un produit soluble dans ce véhicule. La solution éthérée est traitée par une solution aqueuse de bicarbonate de soude, puis distillée. Le résidu, qui est prompt à cristalliser, est repris par l'eau et décoloré à l'aide du charbon. On l'extrait à nouveau de la solution, à l'état pur, au moyen de l'éther. C'est le camphérol, qui précipite de sa solution éthéré sous forme de cristaux blancs, doués d'une odeur spéciale qui ne rappelle en rien celle du camphre. Le camphérol est soluble dans l'eau dans la proportion de 6 à 7 0/0. Il sublime à une température inférieure à celle de son point de fusion.

Le camphérol présente une grande analogie d'action avec le camphre. Chez les grenouilles, il manifeste surtout des effets paralytiques, tandis que chez les mammifères, l'action toxique du camphérol se traduit par des convulsions et par des troubles respiratoires qui dépendent d'une excitation du bulbe et de la moelle. Toutefois, la toxicité du camphérol est beaucoup plus prononcée que celle du camphre ; chez les lapins, une dose d'un gramme suffit pour développer des phénomènes d'excitation spinale, suivis de troubles de la respiration qui mettent la vie de l'animal en danger.

Comme le camphre, le camphérol produit chez les grenouilles une augmentation d'énergie des contractions cardiaques, due à une excitation directe du muscle cardiaque, et un ralentissement du pouls, indépendant du nerf vague. Chez les mammifères, le camphérol détermine une élévation de la pression intra-vasculaire, due à une excitation du centre vasomoteur, et un ralentissement du pouls, indépendant du nerf vague ; en outre, il agit directement sur le muscle cardiaque pour l'exciter, effet qu'on n'observe pas avec le camphre.

L'action du monobromure de camphre présente avec celle du camphérol d'étroites analogies ; il y a pourtant cette différence, que les chiens sont

beaucoup plus sensibles à l'action du monobromure de camphre que les lapins. A dose convenable, le monobromure de camphre, comme le camphérol, produit des phénomènes d'excitation, tandis qu'à petites doses, cette substance n'a pas donné lieu, dans les expériences de Pellacani, à des phénomènes pouvant être interprétés dans le sens d'une action dépressive ou sédative exercée sur les centres nerveux (ni somnolence, ni diminution du pouvoir excito-moteur). Par contre, le monobromure de camphre est doué d'une action vaso-constrictive plus prononcée encore que celle du camphre. En outre, il agit sur le nerf vague en l'excitant.

L'action sédative qui fait défaut au monobromure de camphre, au camphérol et aussi au camphre, est au contraire un des attributs du menthol et du bornéol. Ces deux substances exercent sur les centres nerveux une action paralysante, qui porte à la fois sur la motilité volontaire, sur la sensibilité et sur le pouvoir excito-moteur, aussi bien chez les animaux inférieurs que chez les mammifères, et qui aboutit à un ralentissement et à une augmentation d'ampleur des mouvements respiratoires; les animaux finissent par succomber aux suites de la paralysation du bulbe. A aucune période de l'empoisonnement, on n'observe de phénomènes d'excitation.

Le bornéol et le menthol agissent différemment sur l'appareil circulatoire ; le premier paralyse d'emblée le muscle cardiaque que le second excite à petites doses ; avec des doses plus fortes, cette excitation fait place à la paralysie. Cette différence d'action est encore plus tranchée chez les animaux supérieurs. Le bornéol détermine un ralentissement du pouls, indépendant du nerf vague, diminue l'énergie des contractions cardiaques et abaisse la pression intra-vasculaire, en paralysant le centre et les nerfs vaso-moteurs. Au contraire, le menthol, à l'instar du camphre, produit des élévations périodiques de la pression intra-vasculaire sans influencer le nombre et l'énergie des contractions du cœur. Des résultats de ses recherches, l'auteur conclut que seuls le bornéol et le menthol devront être employés comme sédatifs du système nerveux, à l'exclusion du camphérol et du monobromure de camphre, qu'on pourra substituer au camphre lui-même, lorsqu'on se propose d'obtenir une excitation du système nerveux.

Dans un dernier paragraphe, l'auteur s'occupe des produits de dédoublement de ces différentes variétés de camphre, qui prennent naissance pendant leur passage à travers l'organisme animal. E. RICKLIN.

Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mütterkorns (Sur les principes constituants et les effets de l'ergot de seigle, par KOBERT (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XVIII, Heft* 5 *et* 6, *p.* 316-380).

L'auteur de ce long et intéressant mémoire a résumé dans les lignes suivantes les résultats de ses recherches sur l'action physiologique du seigle ergoté et sur la part qui revient de cette action à chacun des trois principes constituants (acide ergotinique, acide sphacélinique, cornutine)

Il n'est pas à nier qu'à l'état frais, l'ergot de seigle est doué de la propriété de développer un véritable tétanos de l'utérus, que par suite, l'emploi du seigle ergoté peut, dans certaines circonstances, favoriser

le travail de la parturition, comme il peut provoquer l'avortement ou encore l'arrêt des hémorragies utérines. A ce propos, Kobert cite un fait d'observation récente et relatif à un troupeau de vaches qu'on avait fait paître sur une prairie où une variété de graminées avait été infestée par le champignon de l'ergot. Une cinquantaine de ces vaches ont avorté.

L'acide ergotinique n'a aucune part à cette action que l'ergot de seigle exerce sur l'utérus, surtout quand cette substance est administrée *per os*, en quel cas elle est en grande partie décomposée dans le tube digestif. Cependant, Kobert ne nie pas que l'acide sclérotinique, introduit sous la peau et absorbé en substance, ne puisse, à la faveur de l'abaissement de pression vasculaire qu'il détermine, solliciter des contractions de l'utérus dans des circonstances favorables.

L'ergotinine (Tanret) cristallisée n'aurait pas plus que l'acide ergotinique une action directe sur la contractilité de l'utérus. D'après Kobert, ce que les auteurs français ont avancé sur l'action de l'ergotinine doit se rapporter à une préparation retenant une certaine quantité de cornutine. Cette dernière, à doses très faibles, agit à la façon de la pilocarpine et peut alors solliciter des contractions de l'utérus, mais des contractions qu'on ne saurait confondre avec ce que les auteurs allemands entendent par *tétanos utérin*. Ainsi la cornutine ne peut plus développer de contraction sur l'utérus vivant isolé des centres nerveux. Cependant, comme la cornutine fait contracter la matrice à doses infinitésimales, Kobert accorde que, sur le terrain de la pratique, une préparation de seigle ergoté qui renferme des traces de cornutine est préférable à une préparation qui n'en renferme pas.

Le principe qui provoque les contractions tétaniques de l'utérus ne peut être que l'acide sphacélinique. Mais c'est là une simple hypothèse, une conclusion par voie d'exclusion, car Kobert avoue qu'il n'a pas pu, jusqu'ici, se procurer de l'acide sphacélinique en quantité suffisante, pour étudier son action sur l'utérus vivant isolé des centres nerveux, au moyen des injections intra-veineuses. C'est une lacune qu'il se réserve de combler dans l'avenir.

Des nombreuses préparations d'ergot de seigle, qu'on trouve dans le commerce de la droguerie allemande, c'est l'extrait préparé d'après les indications de la dernière édition du codex germanique qui paraît être à Kobert la moins apte à provoquer des contractions utérines, le médicament étant administré *per os ;* car la préparation en question ne renferme que de l'acide sclérotinique. L'extrait préparé d'après les indications de la première édition était supérieur. Enfin, toujours d'après Kobert, on trouve dans le commerce de la droguerie française des préparations qui sont meilleures encore, eu égard à leur richesse en cornutine et en acide sphacélinique. En débarrassant la poudre de seigle ergoté de la matière oléagineuse qu'elle renferme, comme le prescrit la nouvelle édition de la pharmacopée allemande, on assure une durée plus longue à la conservation du médicament. Cela n'empêche qu'au bout de quelques mois, l'acide sphacélinique sera détruit en totalité, malgré toutes les précautions qu'on prendra. C'est donc de septembre à décembre qu'on emploiera de préférence la poudre fraîche d'ergot de seigle. La destruction spontanée de l'acide sphacélinique explique, selon Kobert, pourquoi dans les pays désolés par la pellagre, les épidémies de gangrène ne s'observent que

dans les quatre mois qui suivent la moisson. Enfin, il est impossible de dire pourquoi dans certains districts et dans le cours de certaines années, le seigle ergoté, tantôt ne renferme presque, en fait de principe actif, que de l'acide sphacélinique, tantôt presque exclusivement de la cornutine.

Tant qu'on n'aura pas sous la main les principes constituants du seigle ergoté à l'état pur, Kobert estime qu'on devra s'abstenir d'administrer les préparations de seigle ergoté par la voie hypodermique, comme aussi d'utiliser ces préparations pour le pansement des plaies, ainsi que le proposait Sédillot.

D'après Kobert, les matières colorantes extraites du seigle ergoté sont dépourvues de propriétés toxiques. E. RICKLIN.

Ueber die Resorptions und Auscheidungsverhältnisse des Mangans im Organismus (Sur la résorption et l'élimination du manganèse dans l'organisme), par J. CAHN (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XVIII, p.* 129).

Cahn a fait des expériences consistant à injecter à des lapins, dans les vaisseaux, une solution de citrate de manganèse et de sodium renfermant 0gr,0058 de MnO par centimètre cube. Il a pu retrouver du manganèse dans le sang, dans le contenu de l'estomac, dans l'intestin grêle et le gros intestin, dans les reins, dans le foie, dans la paroi de l'intestin et dans l'urine, jamais dans le cerveau. C'est surtout dans la paroi intestinale que le manganèse a été retrouvé en grande quantité. Le métal ne pouvait provenir du contenu de l'intestin, car la muqueuse de ce conduit ne se prête pas à la résorption de quantités appréciables de manganèse; il venait donc du sang.

L'auteur conclut des résultats de ses recherches, que le manganèse introduit dans le torrent circulatoire se dépose dans les organes parenchymateux avant d'être éliminé. L'élimination se fait en majeure partie par la muqueuse intestinale; le métal se mêle aux matières fécales. Dans le sang, il ne se fixe pas sur les globules rouges; on ne le retrouve que dans le sérum, comme l'auteur a pu s'en convaincre en séparant les hématies du sérum, pour les examiner isolément au point de vue de la présence du manganèse. Pour effectuer cette séparation, le sang défibriné et préalablement collé était soumis à l'action de la force centrifuge.

Ni à la suite des injections intra-veineuses, ni à la suite des injections sous-cutanées de citrate de manganèse et de sodium, Cahn n'a vu se produire des phénomènes inflammatoires sur la muqueuse de l'intestin, résultat qui concorde avec ceux obtenus antérieurement par Robert. Les résultats contradictoires des expériences de Lüchsinger et de Martin s'expliquent par la nature de la préparation employée (oxyde de manganèse). E. RICKLIN.

Ueber die Wirkung des Schwefelwasserstoffs auf den thierischen Organismus, nebst einigen Daten zur Pathologie des Cheyne-Stokes'schen Respirations phänomens (De l'action de l'hydrogène sulfuré sur l'organisme, etc.), par SMIRNOW (*Centrbl. f. die med. Wiss., n°* 37, 1884).

Smirnow a étudié les effets sur l'organisme de l'hydrogène sulfuré

mélangé en proportions variables avec l'air inspiré (expériences sur des chiens et des lapins).

1° *Action sur la respiration.* Lorsque l'hydrogène sulfuré se trouve dans une proportion inférieure à 1/8 ou 1/7 0/0, les phénomènes sont peu accusés. Mais, à cette dose on constate la production du type respiratoire de Cheyne-Stokes, tant que l'on ne donne pas à l'animal de l'air pur.

Lorsque la proportion d'H^2S s'élève à 1/6 ou 1/5 0/0, les pauses respiratoires sont plus longues et peuvent même, chez les petits animaux, produire directement la mort qui, chez les animaux plus grands, n'arrive que plus ou moins tard. A la dose de 1/3 0/0 la mort est presque toujours très rapide.

Pendant toute l'intoxication, le sang, mis à l'abri du contact de l'air, ne donne à l'examen spectroscopique que deux raies d'oxyhémoglobine et non le spectre de l'hydrogène sulfuré. On n'obtient celui-ci que lorsqu'on fait passer à travers une solution d'hémoglobine, pendant une heure, de l'air additionné de 1/5 à 1/4 0/0 d'H^2S.

2° *Action sur la circulation.* Lorsqu'on injecte à un animal de l'eau saturée d'H^2S, la pression s'élève très vite, tant que l'arrêt respiratoire ne s'est pas produit; aussitôt qu'il a commencé, la pression tombe et reste basse tant que la respiration ne reprend pas. Le cœur est ralenti; la section des nerfs vagues ne modifie ni les effets respiratoires, ni les troubles dans la pression sanguine qu'H^2S produit, mais elle supprime son action sur le cœur.

3° *Action sur la nutrition.* A doses toxiques ou considérables, l'hydrogène sulfuré accélère les échanges nutritifs; du moins l'examen des urines où l'on trouve un excès d'urée, de sulfates et de phosphates semble le prouver. L. D.-B.

Zur Kenntniss der physiologischen Wirkung einiger Ammonium basen (Action physiologique de quelques bases d'ammonium), par GLAUSE et LUCHSINGER (*Fortschritte der Medicin*, n° 8, 1884).

La muscarine, considérée par Schmiedeberg, comme une base de triméthylammonium, possède en effet une action absolument analogue à celle de toutes les bases de triméthylammonium (neurine, amyl-, valéryl-, benzyl-, glycyltriméthylammonium).

L'opinion, qui considère la muscarine comme un excitant des nerfs d'arrêt du cœur, n'est pas justifiée; elle produit une paralysie du muscle cardiaque, au point que les plus fortes excitations mécaniques et électriques ne produisent plus aucun effet. W. ŒTTINGER.

Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Bromoforms, par HOROCH (*Wien. Med. Jahrbücher, Heft* 3, *p.* 497, 1883).

Le bromoforme a été expérimenté par Nunneley et Schuchard en 1849 et par Rabuteau en 1869. L'auteur étudie son action physiologique chez les animaux et chez l'homme.

Sous la cloche de verre, il suffit de quelques gouttes de liquide pour anesthésier en une ou deux minutes une grenouille qui s'éveille au bout

de vingt minutes. Il y a d'abord un peu d'agitation, la respiration s'accélère, puis le calme devient complet, les mouvements respiratoires sont lents et profonds.

Les inhalations fournissent des résultats comparables chez le lapin, le chat, le chien. L'auteur remarque que le bromoforme a une action semblable à celle du chloroforme, mais plus rapide, ce dernier corps étant plus volatil.

L'auteur s'est servi du bromoforme pour anesthésier quatre sujets.

Une jeune fille de 17 ans, atteinte de contracture du coude est devenue insensible au bout de 20 minutes; une fille de 6 ans a subi l'ostéotomie du tibia après 24 minutes; une fille de 5 ans a subi une double ostéotomie après 19 minutes d'inhalation. Ces opérées ont eu une courte période d'excitation modérée, puis la résolution a été complète. Le dernier sujet, un homme robuste de 24 ans, n'a pu être anesthésié complètement, à cause de la cyanose qui s'est produite. C'était, du reste, un alcoolique chez qui le chloroforme a déterminé des accidents analogues.

Le bromoforme provoque souvent la toux; il irrite les conjonctives et détermine le larmoiement; l'opérateur doit s'efforcer d'éviter ces accidents chez ses patients et chez soi-même.

Les injections sous-cutanées et l'administration du bromoforme par la voie gastrique ont fourni à l'auteur des résultats favorables chez les animaux, avec des manifestations comparables à celles de la première série d'expériences.

L'auteur a étudié enfin les réactions de l'écorce cérébrale et des centres circulatoire et respiratoire pendant le sommeil bromoformique. L'écorce se comporte ici comme avec les autres anesthésiques, et les conclusions de Frank et Pitres sont applicables au bromoforme. L'excitabilité électrique des centres corticaux disparaît pendant le sommeil et se rétablit quand l'animal se réveille.

La respiration et le pouls ne se modifient pas sous l'influence du médicament. La pression sanguine est abaissée et les centres qui président à l'innervation des vaisseaux sanguins perdent en partie leur excitabilité électrique; il faut des excitations très intenses pour déterminer une élévation de pression de 10 millimètres. Les excitations les plus violentes portant sur le sciatique mis à nu n'ont aucune influence sur la pression sanguine.

L'excitation directe du splanchnique reste sans effet dans l'anesthésie complète. L. GALLIARD.

Das Amylnitrit, par ROSENTHAL (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 *janvier* 1884).

L'auteur envisage d'abord le médicament dans son action sur les vaso-moteurs. Les inhalations de nitrite d'amyle, dans quatre cas de migraine, ont fait disparaître le scotome scintillant par cessation du spasme vasculaire. Deux cas de migraine avec figures entoptiques colorées ou cercles noirs ont résisté au médicament. Une névrose vaso-motrice naso-pharyngienne (rougeur périodique et gonflement de la gorge et du nez) a été guérie par le nitrite d'amyle.

Rosenthal fait connaître ensuite ses propriétés antiseptiques; avec quelques gouttes de nitrite d'amyle, on peut conserver longtemps des solutions de quinine, d'alun, de tannin. On peut employer la solution

aqueuse (cinq à six gouttes de nitrite dans 500 grammes d'eau) pour les irrigations vésicales, dans la cystite purulente.

Une petite quantité de nitrite mêlée à une solution concentrée de tannin détermine une violente effervescence : il se produit de l'acide nitrique et nitreux, et du protoxyde d'azote, et un précipité floconneux tannique; il se dégage une odeur d'éther. L. GALLIARD.

I. — De la paraldéhide, par Carl von NOORDEN (*Cent. f. klin. Med.*, 22 *mars* 1884).

II. — *Idem*, par E. KURZ (*Ibidem*, 3 *mai* 1884).

I. — Noorden donne de 3 à 6 grammes de paraldéhyde dans un demi-verre d'eau sucrée additionnée de teinture d'écorces d'oranges. Il n'a jamais vu d'accident. Le sommeil arrive en 15 à 45 minutes et dure aisément 5 à 6 heures.

La paraldéhyde ne doit pas être administrée dans les cas d'affection gastrique, de mal de gorge, de phtisie avancée. Sur 80 malades, 2 seulement ont éprouvé du mal de tête et un peu de nausée.

II. — Kurz a administré de 3 à 4 grammes de paraldéhyde dans 24 cas. Insuccès dans 4 cas. Le sommeil arrivait au bout d'une demi-heure et durait 5 à 7 heures. Les indications sont les mêmes que pour le chloral. A. CARTAZ.

Einfluss alkalischer Mitteln auf die Gallensecretion (Influence des alcalins sur la sécrétion biliaire), par S.-W. LEWASCHEW (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Bd. XXXV*, *Heft* 1 *u.* 2, *p.* 93).

Ce travail a été fait dans le laboratoire de Botkin. Les expériences ont été instituées sur des chiens chez lesquels on avait établi auparavant une fistule biliaire. Ils ont été soumis aux divers alcalins en nature ou aux diverses eaux minérales dans des conditions autant que possible identiques. Ils étaient soumis à une nourriture uniforme et tenus en observation pendant un même laps de temps. La bile a été observée au point de vue de sa quantité absolue et au point de vue de sa composition.

Les résultats auxquels l'auteur est parvenu sont certainement intéressants. Il a constaté que les divers alcalins augmentent la quantité de bile sécrétée. Au début cette bile est très riche en sels caractéristiques; mais bientôt son degré de concentration s'affaiblit, et tombe au-dessous de la normale. Il faut donc en conclure que ce qui est surtout exagéré sous l'influence des alcalins, c'est l'élimination de l'eau par le foie. Il semble qu'il se fasse un véritable lavage des voies biliaires.

Le cholagogue qui s'est montré le plus actif est le salicylate de soude. Il est bien supérieur à ce point de vue aux alcalins pris en nature ou sous forme d'eaux minérales. Il est supérieur encore au podophyllin et aux autres purgatifs de la même série. Lorsque l'on se propose d'augmenter le cours de la bile, c'est donc surtout au salicylate de soude qu'il faut avoir recours.

Il est bon de faire remarquer que les substances expérimentées ont été administrées par l'intermédiaire d'une sonde œsophagienne, ou sous forme de capsules facilement et parfaitement ingérées par les animaux.

A. MATHIEU.

Ueber die Einwirkung eines Secretes des officinellen Blutegels auf die Gerinnbarkeit des Blutes (De l'influence d'une matière sécrétée par la sangsue officinale sur la coagulabilité du sang, par John B. HAYCRAFT (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XVIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 209).

Les résultats des recherches de l'auteur l'ont conduit à cette conclusion, que la sangsue officinale sécrète dans sa bouche un liquide doué de la propriété de détruire le ferment de la coagulation sanguine, sans qu'il en résulte pour le sang d'autres modifications appréciables. Injecté dans les vaisseaux d'un animal à sang chaud, ce liquide ne développe que des troubles de peu d'importance et son principe actif est ensuite éliminé par la voie des reins. Ce produit de sécrétion est sans action sur le sang des crustacés, sans influence sur la coagulation du lait; il accélère un peu la coagulation de la myosine et l'apparition de la rigidité cadavérique.

De ses recherches, l'auteur a conclu, en outre, que le principe en question n'est pas de la classe des ferments, qu'il est soluble dans l'eau commune et dans l'eau salée, insoluble dans le chloroforme, l'éther, le benzol et l'alcool. E. RICKLIN.

Le chloroforme pur et sa conservation, par REGNAULD (*Bull. de la Soc. de biol.*, 15 *novembre* 1884).

M. Regnauld montre que le chloroforme pur s'altère très rapidement, lorsqu'il est exposé à la lumière. Sous l'influence de la radiation lumineuse, il se produit une décomposition et une production de chlore, de gaz phosgène et d'acide chlorhydrique. Soustrait à l'action de la lumière il peut être très longtemps conservé intact ; mais ce moyen ne peut guère se concilier avec les besoins de la chirurgie. D'après l'auteur, on peut arriver à ce résultat en mélangeant le chloroforme avec les composés suivants : alcools éthylique, méthylique et acétique ; un millième de ces substances suffirait pour empêcher toute altération. OZENNE.

Action physiologique du varaire ou hellébore blanc, et moyens de combattre ses effets toxiques, par COURTIN (*Bull. de la Soc. de biol.*, 11 *octobre* 1884).

La teinture alcoolique et l'extrait aqueux sont les préparations avec lesquelles l'auteur a expérimenté, soit par la voie stomacale, soit par les injections sous-cutanées, soit par les injections intra-veineuses.

Les phénomènes, que provoque cette substance, consistent principalement en vomissements, inflammation et hémorragies du tube digestif et en accidents asphyxiques : la morphine peut détruire les effets toxiques. OZENNE.

Pharmakologische Untersuchungen über Colchicin, par PASCHKIS (*Wien. med. Jahrb., Heft II, p.* 257, 1883).

L'auteur obtient, en préparant lui-même la colchicine, une masse brune facile à réduire en fine poussière, de saveur amère et d'odeur désagréable.

A côté de la colchicine, il étudie la colchicéine, la colchicorésine, les combinaisons de la colchicéine avec le cuivre, l'argent, le baryum, le zinc avec les acides acétique, iodhydrique, azotique, enfin les réactions du chlore sur la colchicine.

L'action physiologique de la colchicine sur la circulation a été étudiée par Schroff, Schaitanoff, Rossbach. L'auteur s'occupe surtout de ses effets sur l'intestin. On connaît la gastro-entérite violente qu'elle provoque à dose toxique et même à dose médicamenteuse. Elle a en outre une action paralysante.

Pour déterminer exactement la valeur de la paralysie intestinale provoquée par la colchicine, l'auteur s'est préoccupé d'abord des nerfs moteurs de l'intestin. Ces nerfs sont des filets du pneumo-gastrique. Quand on excite chez des animaux curarisés les nerfs vagues au cou, on voit se produire au bout de 2 à 6 secondes une contraction intestinale, contraction indépendante de l'arrêt du cœur et pouvant se produire même quand l'excitation est trop faible pour influencer cet organe. Les contractions de l'intestin se prolongent jusqu'à la fin de l'excitation.

Cela posé, l'auteur injecte dans la jugulaire des chiens une solution contenant 10 centigrammes de colchicine : l'intestin est paralysé et les excitations du nerf vague ne déterminent plus de contractions de ses anses. L'effet est plus ou moins rapide suivant la dose du médicament injecté et suivant l'âge des animaux. L. GALLIARD.

Action of convallaria on the heart, par BEYER (*Proceedings of naval med. Soc.*, n° 1, 1884, *et New-York med. Journ.*, 23 *août* 1884).

Le convallaria accroît l'énergie cardiaque. Le travail du cœur est légèrement accru. La pression cardiaque est augmentée; les ventricules et les oreillettes s'arrêtent en diastole, quand on emploie des doses moyennes. De fortes doses arrêtent le cœur subitement.

Le convallaria agit vraisemblablement par une action directe sur la substance musculaire du cœur. A. C.

Le Convallaria maialis, son action physiologique sur le cœur, par Charles REBOUL (*Lyon méd.*, 14 *septembre* 1884).

D'une série d'expériences fort bien conduites, l'auteur conclut que :

Le Convallaria maialis préparé dans des conditions convenables (l'auteur s'est servi de l'extrait) est un poison cardiaque énergique. Il ralentit les battements du cœur de la grenouille, et de plus en plus, jusqu'à son arrêt en diastole; cette action est unique dans les doses faibles ; elle est très nette.

A doses plus élevées, on n'observe plus le même phénomène : les battements deviennent plus énergiques et souvent plus fréquents, le cœur entre bientôt dans un état de rigidité que M. Reboul qualifie de rigidité tonique et non systole, pour ne rien préjuger sur sa nature. A cette phase passagère, qui parfois peut être d'assez longue durée, succèdent de nouveaux battements rythmiques, mais plus rares, et le cœur s'arrête en diastole.

Enfin, à doses très élevées, cette phase de rigidité se montre d'emblée et la mort arrive quand le cœur est encore dans cet état.

Cet arrêt du cœur est-il dû à une excitation du vague ou des nerfs d'arrêt intra-cardiaques? C'est par l'excitation directe des nerfs intra-cardiaques, car l'action du poison se poursuit après la section des vagues.

Les expériences, faites en grand nombre sur la grenouille, répétées sur les mammifères ont été, à peu de chose près, identiques.

On peut dire que le convallaria agit primitivement sur le système nerveux du cœur, sur les éléments intra-cardiaques et que cette action consiste dans un ralentissement ou un arrêt des battements. A. CARTAZ.

Ricerche sperimentale sull' azione biologica della naftalina, par TESTA (*Rivista clinica di Bologna, août* 1884).

Ces recherches ont été pratiquées sur des animaux, chiens, lapins, rats, par la méthode hypodermique : elles montrent que la naphthaline a une action locale et générale non nocive. Elle ne détermine l'albumiminurie que dans les cas où il y a des altérations de la nutrition et spécialement dans les affections cutanées plus ou moins étendues. Elle ralentit les échanges moléculaires et diminue l'excrétion de l'urée. Elle a peu d'action sur la température normale ; elle abaisse la température fébrile de 0°,5 à 1° ou plus. Donnée par la voie stomacale, elle est en partie absorbée, en partie expulsée avec les fèces ; à ce point de vue, l'auteur croit qu'elle pourrait être employée avec avantage comme antithermique et comme désinfectant de l'intestin dans l'iléo-typhus.

L'auteur s'est servi pour ses expériences d'une solution de naphthaline dans l'huile (10 gr. 0/0). Il injectait jusqu'à 2 grammes aux lapins, jusqu'à 4 grammes aux chiens. F. BALZER.

Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der menslichen Haut u. s. w. (Recherches sur la capacité d'absorption de la peau de l'homme pour les substances liquides pulvérisées), par Valentin JUHL (*D. Arch. f. klin. Med., Bd. XXXV, Heft* 5, *p.* 514).

Les recherches ont été instituées de la façon suivante. La personne en expérience est couchée dans une chambre divisée en deux parties par une cloison complètement imperméable à l'air. Les membres inférieurs seuls passent à travers la cloison par une ouverture fermée à l'aide de bourrelets de caoutchouc. Les pulvérisations sont faites exclusivement sur les jambes. De cette façon, on est certain que l'individu sur lequel on expérimente, ne peut pas absorber par les poumons le liquide pulvérisé, puisqu'il repose dans l'autre moitié de la chambre.

Les pulvérisations ont été faites à l'aide d'un appareil ordinaire de Richardson, sur les jambes et la partie inférieure des cuisses. Elles ont été faites successivement avec une solution de ferrocyanure de potassium, une solution de tannin, des solutions d'acide salicylique, de salicylate de soude, d'iodure de potassium et de teinture d'iode (50 grammes pour 1,000).

Les résultats furent positifs. Il faudrait donc admettre, d'après celà, que la peau de l'homme, intacte, saine, absorbe les substances en solutions aqueuses ou alcooliques, puisque ces substances se retrouvent plus

tard dans les urines. L'alcool serait plus que l'eau favorable à la pénétration.

A. MATHIEU.

Intoxication cantharidienne par le vésicatoire, par LANTRÉ (*Gaz. des hôp.*, *n°* 128, 6 *novembre* 1884).

Cette observation est un exemple rare d'empoisonnement par l'application de cantharides à l'extérieur. L'auteur, lui-même, en a été la victime. Atteint d'une pleurésie droite, le Dr Lantré s'applique deux larges vésicatoires sur les parties antéro-latérale et postérieure du thorax. Six heures après l'application apparaît dans tout le côté droit de la poitrine une très vive douleur qui se généralise et envahit la poitrine, la tête et l'abdomen. La peau devient chaude et se couvre d'une sueur abondante, froide et visqueuse : la douleur de tête est atroce; l'œil hagard; de légers mouvements convulsifs surviennent : le délire paraît, ainsi que des vomissements d'abord glaireux, ensuite sanguinolents et une extrême ardeur dans la région rénale, sans érections ni envies fréquentes d'uriner. Ces accidents ont duré neuf heures et ont fait place à la prostration. Pendant une huitaine de jours encore il y a eu de l'abattement et une recrudescence d'un embarras gastrique fébrile antérieur.

OZENNE.

Ueber die Alterationen des Gefäss-systems und der inneren Organe in Folge von Cantharidin (Des altérations du système vasculaire et des viscères déterminées par la cantharidine), par LANGOWOI (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 13, 1884).

A la suite de l'intoxication par la cantharidine à doses minimes et longtemps prolongées (de quelques jours à deux et trois mois) on peut observer des lésions multiples des vaisseaux non seulement des reins, mais des autres viscères, foie, poumon, cœur, etc.; ces lésions sont caractérisées par un gonflement des noyaux de l'endothélium, une desquamation de celui-ci, une prolifération des noyaux de la tunique moyenne et en même temps un œdème de l'adventice.

Ces lésions retentissent sur la nutrition des organes et déterminent également des lésions parenchymateuses diverses, lésions épithéliales, lésions du tissu conjonctif; comparée à d'autres poisons, le chrome, le phosphore, la cantharidine semble agir d'une façon identique; il n'y a là que des différences quantitatives, mais d'autre part, outre les lésions généralisées, chaque poison a une affinité particulière pour certains organes. Les virus morbides, dit l'auteur, agissent peut-être d'une façon analogue sur les viscères de l'économie, en déterminant des cirrhoses multiples par l'intermédiaire du système vasculaire; les variétés cliniques tiennent à la variabilité du poison et à son élection particulière pour certains organes.

W. OETTINGER.

Beiträge zur Pathologie der Phosphorvergiftung (Contribution à l'étude de l'empoisonnement par le phosphore), par van STARCK (*D. Archiv. f. klin. Med.*, *Bd. XXXV, Heft* 2, *p.* 181).

Après des recherches entreprises sur des personnes qui avaient tenté de s'empoisonner ou qui s'étaient suicidées avec du phosphore, Starck formule les conclusions suivantes :

Dans les cas les plus bénins, alors qu'il n'y a pas même augmentation de volume du foie, l'intoxication par le phosphore peut provoquer pendant 4 à 6 jours une augmentation de l'azote éliminé par les urines.

Le dosage parallèle de l'eau et de la graisse dans le foie des individus soumis à l'action toxique du phosphore est en faveur de cette idée que la graisse s'est formée ailleurs, et qu'elle a envahi le foie par véritable infiltration.

Comme le phosphore peut se trouver encore dans l'estomac et l'intestin à la fin du deuxième jour, la méthode évacuatrice peut être encore utilisée à cette époque pour éliminer le poison non absorbé.

La comparaison des quantités d'eau et de graisse trouvées dans le foie, amènent, si l'on accepte la façon de voir de Perls, à penser que la graisse se constitue aux dépens des substances albuminoïdes dans l'atrophie aiguë de cet organe. A. MATHIEU.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — La cocaïne et ses sels, par LABORDE (*Bull. Soc. de biologie, 29 novembre* 1884).

II. — De l'influence de la cocaïne et du chloroforme sur la production de chaleur, par Ch. RICHET (*Ibid.*, 11 *janvier* 1885),

III. — Action du chlor. de cocaïne sur la fermentation alcoolique et la germination, par A. CHARPENTIER, P. REGNARD, R. DUBOIS (*Ibid.*, 11 *et* 17 *Janvier* 1885.)

IV. — Note sur l'action de la cocaïne sur la peau, par P. BERT (*Ibid.*, 17 *janvier* 1885).

V. — De l'action physiologique de la cocaïne, par GRASSET (*Acad. des sciences*, 9 *février* 1885).

VI. — The physiol. action of cocaine on common frog, par Herman M. BIGGS (*Journ. of the americ. med. Assoc.*, 17 *janvier* 1885).

VII. — On hyd. of cocaine, par KNAPP (*New York med. Record*, 25 *octobre* 1884).

VIII. — Some obs. on the use of the hydroch. of cocaine, especially its hypodermic use, par J. M. DA COSTA (*Med. News*, 13 *décembre* 1884).

IX. — Accidents consécutifs aux injections sous-cutanées de cocaïne. par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. de thérap.*; *Gaz. hebd.*, 6 *février* 1885).

X. — A painless escharotic, par N. A. RANDOLPH et S. G. DIXON (*Med. News*, 24 *janvier* 1885).

XI. — Badigeonnages à la cocaïne dans les cas de brûlures, par Ad. WEISS (*Wiener med. Woch.*, n° 1, 1885).

XII. — Hyd. of cocaine, par Malcom Mc LEAN (*New York med. journ.*, 10 *janvier* 1885).

XIII. — De la cocaïne, propriétés anesthésiques, par Ernest LABBÉE (*Gaz. hebd.*, 23 *janvier* 1885).

I. — L'auteur, après avoir établi que les sels de cocaïne préparés en France ne le cèdent en rien aux produits allemands, annonce qu'il a essayé le bromhydrate de cocaïne comparativement avec le chlorhydrate, et que ce sel offre à un haut degré, peut-être même à un degré supérieur, les propriétés physiologiques générales des sels actifs de cocaïne, notamment la propriété analgésiante.

II. — Au moyen de recherches calorimétriques, l'auteur a vu que, chez les animaux intoxiqués par la cocaïne, l'hyperthermie coïncide avec une déperdition plus grande de calorique. La cocaïne active donc la production de chaleur en même temps que la déperdition; elle accélère les fonctions chimiques par une stimulation du système nerveux.

Le chloroforme injecté sous la peau d'un lapin à la dose de cinq à huit grammes amène un énorme abaissement de température et en même temps la production de chaleur diminue; mais à la dose d'un gramme, la production de chaleur est augmentée dans une proportion notable.

Le chloroforme agit probablement dans ce cas comme une substance irritante.

III. — A faibles doses (3 à 10 centigrammes), la cocaïne ne paraît pas avoir d'influence sur la fermentation produite par la levure de bière, ni sur la germination de graines de cresson alénois. Mais si l'on élève la dose, on obtient une anesthésie des cellules de levure et un arrêt de la fermentation, ainsi qu'un retard de la germination. Les graines et la levure, après avoir été lavées, reprennent leur activité.

D'après Regnard, tandis que les alcaloïdes de l'opium, de la belladone, des strychnées, etc., modifient profondément la marche et les résultats de la fermentation à la dose d'un demi-millième, la cocaïne à cette dose est tout à fait sans action. Cette substance n'est donc pas un poison du protoplasma général, ni un anesthésique. Les doses nécessaires pour agir sur la levure sont les mêmes que celles du sel de cuisine, de sulfate de soude, etc., qui entravent la fermentation.

D'après Dubois, le chlorhydrate de cocaïne, à la dose de 1 0/0, n'agit pas plus sur la germination que les chlorhydrates de morphine, de quinine et de strychnine à la même dose. Ces alcaloïdes ne sont pas des poisons généraux et n'amènent pas une déshydratation du protoplasma, comme les anesthésiques.

IV. — L'auteur a étudié l'action de la cocaïne sur la peau débarrassée de sa couche cornée. Il a injecté une solution de cocaïne dans la sérosité d'une cloque de vésicatoire, badigeonné avec cette solution la peau dénudée par excision de la cloque; on recouvrait la surface mise à nu avec de la charpie imprégnée de la solution de cocaïne. Dans les trois cas, il a obtenu une analgésie très marquée au bout de cinq minutes, mais qui disparaissait en général après dix ou douze minutes. La perte de la sensibilité était très limitée, et les points qui n'avaient pas reçu la solution étaient très sensibles. En recouvrant la peau dénudée avec un linge fenêtré imprégné de solution, on voyait que toute la surface de la peau correspondant aux perforations du linge était restée sensible, alors que les parties recouvertes par l'étoffe étaient analgésiées. F. MENNEGUY.

V. — Une injection hypodermique de 6 centigrammes chez un singe détermine de violentes attaques convulsives, huit minutes après l'injection. Des doses moindres sont sans effet.

Le chloral neutralise absolument cette action convulsivante : avec un gramme de chloral en injection rectale, on empêche toute convulsion ; les doses de chloral doivent être pour cela proportionnées à celles de cocaïne. Un gramme suffit pour 6 centigrammes de chlorhyd. de cocaïne, et même pour 12 centigrammes.

L'action antagoniste du chloral, au point de vue thermique, diffère beaucoup sur le singe et sur le chien. Ce sont là des expériences à reprendre.

L'antipyrine ne paraît pas être antagoniste de la cocaïne au point de vue thermique.

VI. — L'auteur a fait un très grand nombre d'expériences sur la grenouille, expériences dont on trouvera le détail dans son travail ; voici les conclusions :

1° La cocaïne a une action anesthésique locale très marquée sur la peau, les muqueuses et sur l'œil ; elle produit habituellement la mydriase.

2° Elle a une action dépressive sur le cœur, diminue la force et la fréquence des battements, finalement amène la paralysie en diastole (les ventricules d'abord, les oreillettes ensuite).

3° A petites doses elle accroît tout d'abord légèrement le nombre des inspirations, puis les diminue ; à hautes doses, le nombre des mouvements respiratoires est de suite diminué. La mort arrive par paralysie respiratoire.

4° A faibles doses, elle augmente au premier moment, puis affaiblit le pouvoir réflexe de la moelle. A hautes doses cet affaiblissement est très rapide.

5° Il en est de même de l'irritabilité des nerfs sensitifs.

6° A quelques doses qu'on l'administre, elle a une action dépressive sur les nerfs moteurs.

7° Elle paralyse les nerfs vagues.

8° Elle diminue l'excitabilité de la fibre striée.

9° La cocaïne amène une cessation temporaire de l'activité fonctionnelle des organes sur lesquels on l'applique.

10° Il est probable que cette action générale n'est en réalité qu'une action locale se manifestant sur toutes les parties dont les tissus lui présentent une affinité chimique et que cette action résulte de sa présence dans le sang.

VII. — Les expériences sur l'œil ne présentent rien qui ne soit connu. Mais l'auteur a essayé cette action anesthésiante de la cocaïne sur d'autres muqueuses :

Dans la *bouche*, le voile du palais et la langue ont été badigeonnés avec une solution à 4 0/0. L'insensibilité était absolue au toucher ; on pouvait déprimer la langue. Une pincée de sucre, de sel, de quinine ne donnait pas les sensations sapides habituelles.

Sur le *nez*. La muqueuse devient insensible au toucher. Pour constater l'effet sur le sens olfactif, Knapp se fit pulvériser une solution de cocaïne, dans le haut des fosses nasales, la tête étant bien renversée. Il fallut répéter trois fois la pulvérisation pour annihiler l'olfaction. L'odeur

de rose, d'héliotrope, de la teinture d'iode ne donnait aucune sensation.

Sur le *larynx* et la *trachée*. L'auteur souffrait d'une bronchite au moment de ces recherches. Il badigeonna le larynx et fit une inhalation avec la solution de cocaïne. Pas de toux, mais une heure plus tard, expectoration abondante, muco-purulente.

Sur l'*urètre*. Injection dans l'urètre d'une solution à 4 0/0, gardée quelques minutes. Au bout de dix minutes, le gland était pâle, insensible au toucher; nouvelle injection. L'introduction d'un cathéter n'est perçue que lorsque l'instrument est engagé de trois pouces. La solution n'avait vraisemblablement pas pénétré plus avant.

Sur le *rectum*. Atténuation de la sensibilité.

VIII. — Dans ce travail, l'auteur rappelle en commençant les applications diverses qui ont été faites de cet agent médicamenteux, les bons résultats obtenus dans les affections du nez, du larynx. Il cite une ablation de molaire faite sans douleur.

Le point intéressant de cette note est l'étude physiologique de la cocaïne, introduite par la voie hypodermique. Les expériences furent faites sur des sujets en bonne santé ou malades; on commença par des doses de un à deux minimes (5 à 10 centigrammes) d'une solution à 4 0/0, qui ne produisaient aucun phénomène d'insensibilité, ni de modifications du pouls. La dose la plus faible, nécessaire pour constater quelques effets, est de un tiers de grain de chlorhydrate de cocaïne.

Au point de vue des effets locaux, on doit établir une différence suivant que l'injection est faite superficiellement ou profondément. La première seule détermine l'anesthésie locale. Ni les unes ni les autres n'occasionnent d'inflammation consécutive.

Comme effets généraux, la plupart des sujets parlent d'une sensation de chaleur partant du point de la piqûre pour se répandre par tout le corps en quelques minutes. En général, il y a une diminution de la sensibilité, mais peu marquée et transitoire.

La température s'élève de un demi à un degré (Fahr.), un degré et demi et cette élévation se maintient quelques heures; elle commence à peine un quart d'heure après l'injection.

Les modifications de la circulation sont très marquées; le pouls devient plus plein, plus fort, ralenti, quelquefois accéléré. Le tracé sphygmographique montre un accroissement d'énergie des contractions cardiaques, une diminution de la tension artérielle.

Les pupilles se dilatent pour plusieurs heures. Les effets de la cocaïne sur les sécrétions n'ont pas été observés un assez grand nombre de fois pour en tirer des déductions précises; il semble y avoir une augmentation de la sécrétion urinaire, avec augmentation des phosphates.

Les injections hypodermiques de cocaïne n'ont donné aucun soulagement dans des cas de névralgie, de sciatique ou de douleurs intestinales.

IX. — L'auteur a observé plusieurs fois des syncopes à la suite d'injections hypodermiques de chlorhyd. de cocaïne. Ces accidents, qui survenaient quand le sujet, auquel l'injection était faite, se trouvait dans la station verticale, ont toujours été passagers. Les phénomènes ont été les mêmes avec 2 centigrammes et 10 centigrammes. Rien de pareil n'est observé quand le malade est couché.

X. — L'addition d'hydrochlorate de cocaïne à l'acide nitrique fumant modifie les effets caustiques de cet agent; l'escarre est plus lente à se former; de plus la sensation n'est pas douloureuse comme avec l'acide pur. On ne perçoit qu'une démangeaison.

XI. — Chez un malade atteint de brûlures graves de la face, par l'explosion d'un appareil vaporisateur, l'application de badigeonnages avec une solution à 2 0/0 calma très rapidement des douleurs intenses que les compresses froides, le liniment oléo-calcaire n'avaient pas atténuées.

XII. — Relation de quatre observations où l'anesthésie locale fut obtenue à l'aide de la cocaïne :

1° Hydrocèle volumineuse et douloureuse. Badigeonnage du scrotum avec la solution à 4 0/0 et deux minutes après, injection hypodermique de trois gouttes de la même solution. A la dixième minute, l'auteur fait une incision d'un pouce de long, enlève une partie de la vaginale épaissie, etc. Opération absolument sans douleur.

2° Incision et évacuation d'un kyste des petites lèvres, après badigeonnage avec la solution à 4 0/0, sans que la malade eût conscience de l'opération.

8° Abcès périostique de l'humérus chez un enfant de quelques mois. Injection hypodermique de deux gouttes (à 4 0/0). Incision indolore.

4° Incision d'un abcès, après badigeonnage et injection hypodermique, absolument indolore.

XIII. — Revue critique concernant les principales applications thérapeutiques de la cocaïne. A. CARTAZ.

I. — **Ueber Cocain, par SCHWEIGGER** (*Cent. f. prakt. Augenheil.*, *janvier* 1885).

II. — **Enucleation of the eyeball under cocaine, par TURNBULL** (*Philad. med. Reporter*, 29 *novembre* 1884).

III. — **Cocaine as a local anæsthetic in enucleation of the eyeball, par C. COCKS** (*Med. News*, 13 *décembre* 1884).

IV. — **Therapeutic action of hyd. of cocaine, par W.-C. DABNEY** (*Med. news*, 29 *novembre* 1884).

V. — **Emploi du chlor. de cocaïne en thérapeutique oculaire, par DEHENNE** (*Soc. de méd. prat.*; *Union méd.*, 7 *février* 1885).

VI. — **De la cocaïne dans l'angine et la névralgie du trijumeau, par S.-A. POPOFF** (*Vratch*, n° 49, 1884).

VII. — **Emploi du chlor. de cocaïne contre une laryngite et une disphagie chez un tuberculeux; accidents de toxicité, par J. ROUQUETTE** (*Gaz. hebd.*, 23 *janvier* 1885).

VIII. — **Hyd. of cocaine in laryngeal phtisis, par George M. LEFFERTS** (*Med. news*, 29 *novembre* 1884).

IX. — **On the anesthætic use of hyd. of cocaine upon parts of the body other than the eye, par Howard A. KELLY** (*Med. News*, 27 *décembre* 1884).

X. — **Hyd. of cocaine in the treatment of nasal affection, par Ch.-E. SAJOUS** (*Ibid.*, 20 *décembre* 1884).

XI. — **Applications de la cocaïne, par ZAUFAL, KAHLER** (*Wiener med. Presse* 30 *novembre* 1884).

XII. — **The use of cocaine in the nose, par F.-H. HOOPER** (*Boston med. and surg. Journ.*, 18 *décembre* 1884).

XIII. — Cocaïne in dysmenorrhœa, par John FORREST (*Med. news, p.* 55, 10 *janvier* 1885).

XIV. — Vaginisme traité par l'hyd. de cocaïne, par DUJARDIN-BEAUMETZ et LEJARD (*Bull. de thér.*, 15 *décembre* 1884).

XV. — *Idem*, par CAZIN (*Bull. Soc. de chir.*, 31 *décembre* 1884).

XVI. — Cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par HOLZ (*Deut. med. Zeitung*, *n°* 7, 1885).

XVII. — De l'emploi de la cocaïne en obstétrique, par Alphonse HERRGOTT (*Ann. de gynécol.*, *février* 1885).

XVIII. — De l'analgésie des voies génitales obtenue par l'application locale de la cocaïne pendant le travail de l'accouchement, par DOLÉRIS (*Bull. Soc. de biologie*, 17 *janvier* 1885).

XIX. — La cocaïne comme anesthésique urétral, par A. BLUMENFELD (*Deut. med. Woch.*, 11 *décembre* 1884).

XX. — Muriate of cocaine in urethral surgery, par H.-A. EBERLE (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 3 *janvier* 1885).

I. — Sans compter les petites opérations, telles que chalazion, section des canaux lacrymaux, enlèvements de corps étrangers cornéens, c'est surtout dans les kératites infectieuses que la cocaïne trouve son emploi; pour détruire les bactéries, c'est à la galvanocaustie qu'il faut recourir, et agir même sur les limites de l'ulcère qui paraissent saines.

Dans le glaucome, la cocaïne permet de pratiquer la sclérotomie, et n'empêche pas l'action de l'ésérine, qui, au contraire, n'en fait contracter que mieux le sphincter de la pupille et empêche ainsi la hernie de l'iris.

Si, dans l'extraction de la cataracte, l'instillation de cocaïne sur l'œil n'anesthésie pas l'iris, cela est peu important; l'auteur reconnaît à l'emploi de cette substance un autre avantage.

Lorsqu'il employait le chloroforme, la diminution de tension des milieux de l'œil l'avait obligé à employer une pince spéciale pour arracher un lambeau de la cristalloïde antérieure, et quelquefois, sans le vouloir, il déchirait la capsule postérieure; d'où, issue du corps vitré. Avec la cocaïne, il a reconnu que la tension de l'œil restait suffisante pour pouvoir se passer de cette manœuvre dangereuse, et cependant vider complètement la chambre antérieure des débris de substance corticale. Cependant, si avant l'opération, il a quelque raison de craindre l'issue du corps vitré, Schweigger n'hésite pas à recourir au chloroforme.

ROHMER.

II. — Turnbull a pu extirper sans douleur le globe oculaire pour une irido-cyclite traumatique; avant l'opération, on instilla huit gouttes d'une solution à 4 0/0, une goutte toutes les trois minutes. Pendant l'opération, on continua les instillations, employant en tout environ deux grammes. La douleur fut nulle; de plus l'hémorragie fut notablement moindre qu'à l'ordinaire.

III. — Relation d'une énucléation pour une ophtalmie sympathique. Instillations de cocaïne avant l'opération; après l'incision sous-conjonctivale, injection avec la seringue d'Anel de quelques gouttes dans le tendon du droit externe. Pendant l'opération, qui dura une demi-heure, on continua les

instillations ou les injections toutes les trois à cinq minutes. Peu de douleurs; mais l'anesthésie ne fut pas absolue.

IV. — Observation d'une brûlure de l'œil, soulagée d'une façon très rapide par des instillations de cocaïne à 2 0/0. L'application prolongée de ce colyre, trois fois par jour pendant une semaine, paraît avoir enrayé les accidents inflammatoires du côté de la cornée et de la conjonctive.

V. — Cette note, rédigée d'après soixante observations, a permis à l'auteur de conclure :

1° Qu'à la dose de dix à douze gouttes, la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 produit une anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée, lors même que ces membranes sont enflammées;

2° Que l'anesthésie se produit très rapidement, et dure au moins dix minutes, espace de temps plus que suffisant pour l'exécution de toutes les opérations qui ont le globe de l'œil pour siège;

3° Que l'iris n'est qu'analgésié. L'anesthésie de l'iris peut être obtenue en instillant quatre à cinq gouttes de cocaïne, lorsque la section de la cornée est achevée. — Le même procédé peut être employé pour l'opération du strabisme, après section de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival.

Poyet a pu supprimer avec la cocaïne les spasmes œsophagiens, dans un cas de lavage de l'estomac. Il n'a jamais observé d'accidents d'intoxication. Un de ses malades, tuberculeux, en est à son 18e gramme de cocaïne et n'a jamais éprouvé de phénomène toxique.

VI. — Popoff dit que dans plusieurs cas d'angine sérieuse, il a pu supprimer les douleurs et la gêne de la déglutition en badigeonnant la gorge avec une solution à 10 0/0.

Dans un cas de névralgie du trijumeau avec paroxysmes revenant toutes les cinq ou dix minutes (suite d'extraction d'une racine dentaire), une injection hypodermique amena une cessation des douleurs pendant six heures; à la quatrième injection la malade était guérie.

VII. — Chez un malade atteint de phtisie laryngée et souffrant de douleurs vives au moment de la déglutition, l'auteur eut recours aux badigeonnages à la cocaïne (solution au 1/12) deux fois par jour. Le résultat fut parfait, la déglutition se fit sans peine, mais dès le troisième jour de ce traitement, le malade tomba dans un abattement profond; pouls filiforme à 100; intelligence obtuse. L'estomac était devenu paresseux. On suspendit les badigeonnages et tous ces phénomènes disparurent.

VIII. — L'auteur signale les excellents résultats fournis par la cocaïne au point de vue de la dysphagie dans la laryngite tuberculeuse. Entre autres faits, il cite le cas suivant : chez un malade qui ne pouvait rien avaler depuis huit jours à cause des douleurs horribles provoquées par la déglutition et qui se mourait d'inanition, un badigeonnage de cocaïne amena une anesthésie telle qu'il put avaler de suite un verre de lait et se nourrir ensuite sans trop de peine.

L'auteur a remarqué que ces applications diminuaient également un peu la dyspnée, dépendant du gonflement et de l'engorgement des tissus, en produisant probablement une constriction passagère et un resserrement des vaisseaux, une diminution de l'hyperémie.

IX. — L'auteur a essayé les propriétés anesthésiantes de la cocaïne dans les cas suivants :

1° Dans un cas de diphtérie, des badigeonnages d'une solution à 4 0/0 dans un liquide saturé d'acide salicylique, supprimèrent les douleurs de la déglutition.

2° *Phtisie laryngée.* — Déglutition extrêmement pénible; badigeonnages du larynx avec une solution à 8 0/0; la malade put avaler aussitôt sans difficultés une tasse de lait. On fait, avant chaque repas, un badigeonnage et la nourriture peut dès lors être prise facilement.

3° *Fissure anale.* — Application de la solution à 4 0/0; cinq minutes après, on pouvait pratiquer le toucher rectal et explorer l'ulcération sans douleur. Une cautérisation au nitrate d'argent fut facilement tolérée.

4° *Dysphagie par pharyngite tuberculeuse.* — Même soulagement.

5° *Tumeur des gencives.* — Un badigeonnage avec la solution à 8 0/0 permit l'ablation au thermo-cautère sans aucune douleur.

6° *Pharyngite sèche.* — Cautérisation au nitrate d'argent après anesthésie par la cocaïne.

7° *Déchirure du col utérin.* — Tampon de coton imbibé d'une solution à 8 0/0. Au bout de sept minutes insensibilité complète qui persiste pendant la durée de l'opération.

8° *Dilatation du col utérin pour endométrite.* — Également sans douleur.

X. — Dans le cours d'expériences faites pour apprécier la valeur anesthésique de la cocaïne dans les opérations sur le nez, Sajous remarqua qu'une application de la solution à 4 0/0 amenait en trois minutes une diminution, un affaissement complet du gonflement de la muqueuse, qu'il s'agit d'inflammation aiguë ou chronique. Le resserrement est parfois tel qu'on peut reconnaître aisément la conformation du squelette.

Cette action permet de regarder la cocaïne comme un des meilleurs antiphlogistiques ou astringents pour les cavités nasales. Pour le prouver, Sajous contracta, de propos délibéré, un coryza aigu; quand la sécrétion nasale, le larmoiement, les éternuements furent au maximum, il badigeonna avec la solution à 4 0/0 les deux cornets moyen et inférieur de chaque côté. En trois minutes, la congestion disparut pour ne revenir qu'après trois quarts d'heure, ainsi que l'occlusion et la sécrétion.

Dans sept cas de catarrhe chronique simple, l'effet astringent a été également bien manifeste.

Sajous est convaincu qu'on atteindra de très bons effets de la cocaïne dans l'asthme nasal.

Comme anesthésique, la cocaïne n'a pas donné d'aussi bons résultats; sur quatorze cas où l'auteur l'a essayée, l'anesthésie n'a été réelle que dans deux cas.

XI. — Zaufal note les effets de la cocaïne comme anesthésique nasal en solution à 3 ou 5 0/0. Dans un cas de catarrhe chronique du nez, il a pu appliquer le galvano-cautère sans aucune douleur.

On obtient une anesthésie complète de la membrane du tympan et des granulations de l'oreille moyenne ont pu être enlevées sans douleur.

Ganghofner a calmé des spasmes laryngés avec une solution à 15 ou 20 0/0.

Kahler a obtenu de bons résultats de la cocaïne pour des vomissements de la grossesse.

XII. — L'auteur signale les effets de la cocaïne dans les cas de coryza aigu. En badigeonnant les fosses nasales avec la solution à 2 0/0, la res-

piration devient rapidement libre et l'olfaction est rétablie. Cet effet dure en général trois heures; mais il n'est pas durable même après plusieurs applications.

Hooper a essayé la cocaïne, dans un cas d'hypertrophie chronique de la muqueuse nasale, pour amener une certaine contraction des tissus gonflés et hypertrophiés.

XIII. — Chez une malade, guérie d'une rétroflexion utérine, mais ayant des menstrues extrêmement douloureuses, l'auteur a eu recours à la cocaïne.

La morphine soulageait la malade, mais au prix d'un dérangement complet de la digestion, de nausées, troubles nerveux, etc.

On injecta dans le flanc gauche quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 0/0; le calme et l'insensibilité durèrent six heures et la malade n'éprouva aucune des sensations pénibles provoquées par la morphine.

XIV. — Dans un cas de vaginisme, des badigeonnages de cocaïne (4 0/0) sur les petites lèvres et à l'entrée du vagin, permirent l'introduction du spéculum sans douleur; après quatre applications, la douleur et la contracture disparurent.

Dans l'autre cas, la dilatation forcée, la dilatation graduelle, après anesthésie chloroformique, avaient complètement échoué. La cocaïne amena la guérison.

XV. — L'auteur a pu supprimer pour un certain temps la contracture vulvo-vaginale chez une femme atteinte de vaginisme qui n'avait pu, depuis de longues années, avoir de rapports sexuels. Les badigeonnages à la cocaïne ont anesthésié suffisamment la région pour permettre le coït, sans douleur.

XVI. — Vomissements incoercibles chez une femme enceinte de trois mois et demi. On fait prendre à la malade dix gouttes d'une solution à 3 0/0. Les vomissements cessèrent aussitôt jusqu'au lendemain. A la troisième dose, ils disparurent tout à fait.

XVII. — L'auteur passe en revue, dans ce travail, les diverses applications qui ont été faites jusqu'ici de la cocaïne à la gynécologie et à l'obstétrique. Il l'a utilisée tout spécialement dans les gerçures du sein et permettre ainsi à des femmes de continuer la lactation. Quelques minutes avant la tetée, on badigeonnait le mamelon avec une solution à 4 0/0; puis au moment de la tetée, on lavait à l'eau fraîche le mamelon. Toutes les femmes ont pu allaiter sans éprouver aucune douleur.

De plus l'état de la gerçure a été amélioré, et dans les cas de gerçures peu profondes, la cocaïne a paru agir comme un topique favorable.

La cocaïne doit être employée dès que les mamelons sont sensibles, afin de prévenir la production même des crevasses. A. CARTAZ.

XVIII. — Doléris a employé une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0 et une pommade à l'axonge au même titre. Dans six cas les résultats ont été très nets. Chez les primipares les douleurs provoquées par la dilatation du col ont été calmées par le badigeonnage de cet organe. Pendant la période d'expulsion, le badigeonnage de la vulve a diminué considérablement la douleur. Dans deux autres cas, la cocaïne n'a donné aucun résultat; mais l'auteur a remarqué que les deux femmes avaient été préalablement soumises à des injections au sublimé, et il pense que

le sublimé qui imprégnait la muqueuse génitale a décomposé l'alcaloïde. La marche de l'accouchement n'a jamais été retardée. F. H.

XIX. — L'auteur emploie une solution à 2 0/0 dont il injecte trente à quarante-cinq gouttes dans l'urètre, en le faisant retenir dans le canal pendant trois à quatre minutes. Chaque fois la sensibilité a été très émoussée; souvent l'anesthésie a été complète, persistant près d'une demi-heure.

XX. — Avant de passer des sondes dilatatrices pour un rétrécissement blennorragique, l'auteur fit quelques badigeonnages de cocaïne dans le canal et put faire, sans douleur, la dilatation, puis l'urétrotomie interne.

A. CARTAZ.

I. — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne, par B. SPRIMONT (*Médic. Obosrénié*, n° 20, 1884).

II. — Encore quelques mots sur la cocaïne en ophtalmologie, par KATZAOUROFF (*Vratch*, n° 45, 1884).

III. — De l'action locale de la cocaïne sur l'œil, par A. ZACHARIEVSKI (*Vratch*, n° 49, 1884).

IV. — La cocaïne comme anesthésiant local, par W. ANREP (*Vratch*, n° 46, 1884).

I. — L'auteur emploie avec succès le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 0,015 par jour contre une dyspepsie nerveuse dont il est atteint. Deux doses quotidiennes de 0,015 ont déjà une action purgative. 0,02 de cocaïne, en injections hypodermiques, produisirent le même effet purgatif dans trois expériences. On peut obtenir une dilatation maximum de la pupille après introduction dans le sac conjonctival d'un petit cristal de chlorhydrate de cocaïne du poids de 3 milligrammes. Les instillations de cocaïne faisaient disparaître le blépharospasme qui survient souvent chez l'auteur après des lectures prolongées. Une injection hypodermique de 3 centigrammes de cocaïne dans la moitié supérieure de l'avant-bras, sur la ligne du trajet de l'artère cubitale, produisit chez l'auteur les phénomènes suivants : après 15 minutes, diminution de la sensibilité algésique et thermique le long du bord cubital de l'avant-bras jusqu'à la main; après 20 minutes, pâleur de l'avant-bras et de la main (surtout de la paume) avec abaissement de température de 0,6 centigrade. Le pouls devient plus plein après les injections hypodermiques de cocaïne, ce qui fait penser que la cocaïne a une action tonique sur les vaisseaux. L'auteur pense aussi qu'on peut diminuer au moyen de la cocaïne certaines congestions inflammatoires.

II et III. — Après introduction dans le sac conjonctival d'une parcelle (de la grosseur d'une tête d'épingle), de pommade de vaseline avec 5 0/0 de cocaïne pure K... et Z... ont obtenu le même degré d'anesthésie qu'on observe après les instillations d'une solution aqueuse.

IV. — Anrep a employé le sulfate de cocaïne avec succès contre les douleurs de la blennorragie (injections dans l'urètre de 8 à 10 grammes d'une solution à 4 et à 9 0/0), contre la photophobie dans l'iritis et la kératite phlycténulaire, contre le point de côté dans la pleurésie (injections hypodermiques de 25 milligrammes de cocaïne dans un espace intercos-

tal) et les névralgies intercostales, ainsi que pour saupoudrer les plaies douloureuses. Dans un cas d'eczéma humide du scrotum des compresses imbibées de solution de cocaïne, ou la saupoudration du scrotum d'un mélange de poudre de cocaïne et de substances indifférentes faisaient cesser complètement et pour plus de trois heures la démangeaison insupportable que ressentait le malade. Anrep rappelle qu'il fut le premier à constater l'action anesthésiante locale de la cocaïne comme on peut s'en convaincre en lisant son article à ce sujet (*Arch. f. die ges. Physiologie*, 1879, vol. *XXI*, p. 38.) W. HOLSTEIN.

I. — **Notes sur le choléra, par MARAGLIANO** (*Gazz. degli Ospit.*, 29 *octobre* 1884).

II. — **Le traitement du choléra, par G. HAYEM** (*Revue scientif.* 19 *juillet* 1884). — **Des injections intra-veineuses d'eau salée dans la période algide du choléra, par G. HAYEM** (*Communication à l'Acad. de méd.*, 16 *mars* 1884). — **Traitement du choléra, par le même** (*In-12 diamant, Paris*, 1885).

III. — **Injections intra-veineuses d'eau salée dans le traitement du choléra, par L. BOUVERET** (*Lyon méd.*, 9 *novembre* 1884).

IV. — **Des procédés de dilution du sang chez les cholériques, par TIBALDI** (*Gazz. med. ital. Lombard.*, 1er *et* 8 *novembre* 1884).

V. — **Injections d'acide tannique dans le choléra, par CANTANI** (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 44, 1884).

VI. — **Nuove ricerche terapeutische sul cholera asiatico, par Mariano SEMMOLA** (*La Medicina contemporanea, décembre* 1884).

VII. — **Le choléra devant la méthode expérimentale, par A. NETTER** (*Gaz. méd. de Paris*, 16 *août* 1884).

VIII. — **Sur le traitement du choléra dans les hôpitaux de la marine à Toulon, par CUNÉO** (*Bull. de thérap.*, 30 *juillet* 1884).

IX. — **Traitement du choléra par l'ethiops minéral, par COMUCCI** (*Riv. clin. e terap.*, *septembre* 1884).

X. — **Traitement par l'acide borique et les iodures de mercure, par E. PEYRUSSON** (*Journ. de méd. de la Haute-Vienne, juillet* 1884).

XI. — **Traitement de la période aiguë du choléra, par M. DESPREZ** (*Union méd.*, 1884).

XII. — **D'un traitement prophylactique du choléra, par DELTHIL** (*Broch. Paris*, 1884).

XIII. — **Die Behandlung der Cholera (Traitement par les bains chauds prolongés), par TREICHLER** (*Corr. bl. f. schw. Aertze*, 1er *septembre* 1883).

XIV. — **Prophylaxie et traitement du choléra par DUBOUÉ** (*Bull. de thérap.*, 30 *octobre* 1884).

XV. — **Les traitements du choléra, par Ch. ELOY** (*Union méd.*, 4 *janvier et suiv.*, 1885).

I. — D'après ses recherches, Maragliano ne croit pas que les globules du sang subissent, dans l'attaque cholérique, une altération capable

d'empêcher la fixation de l'oxygène; mais l'épaississement du sang, le ralentissement de la circulation, empêchent l'hématose de se produire et amènent la cyanose progressive.

Les injections sous-cutanées de liquides alcalins (formule de Cantani à laquelle il ajoute un peu de sulfate de soude), lui semblent un moyen thérapeutique des plus efficaces, à condition que l'absorption en soit facile, qu'on les répète souvent (toutes les quatre heures environ).

Maragliano combat la diarrhée au moyen de lavements abondants de tannin à 1 0/0 à une température de 40°. Quand l'attaque cholérique est bien confirmée, il a recours aux injections sous-cutanées de liquides alcalins, aux bains chauds sinapisés, aux injections hypodermiques d'éther ou de quinine, strychnine suivant l'état du patient.

II. — Dans son dernier travail, M. Hayem étudie le traitement du choléra à ses diverses périodes en insistant sur la méthode qui lui paraît devoir donner les résultats les plus avantageux au moment du collapsus algide, à savoir les injections intra-veineuses.

Dans la période prémonitoire, l'ipécacuanha, s'il existe un état bien manifeste d'embarras gastrique, puis le laudanum seul ou associé au sous-nitrate et mieux au salicylate de bismuth enrayent souvent la maladie. Le sulfure noir de mercure à la dose de 12 grammes dans les 24 heures est également très efficace.

Une fois l'attaque de choléra confirmée, il faut agir avec rapidité, combattre les troubles gastro-intestinaux et prévenir ou arrêter le collapsus algide et asphyxique. Pour amener la réaction, c'est-à-dire faciliter la reprise de la circulation et de l'hématose, on a eu recours à divers moyens :

1° La méthode révulsive, par la chaleur ou le froid, les frictions, l'urtication, etc.;

2° La méthode interne ou médicamenteuse comprenant les stimulants et excitants les plus divers, l'administration de grandes quantités de boissons (Netter), etc.;

3° La méthode chirurgicale, par action directe sur le sang. C'est, d'après M. Hayem, la véritable méthode thérapeutique, encore mal connue, mal définie, mais qui a donné de beaux succès et mérite d'être étudiée de près.

Si l'on recherche quel est l'état du sang dans cette période d'algidité, on reconnaît, par la numération des hématies, que l'épaississement du sang est des plus marqués; la masse est réduite presque du quart. De ce fait et par suite des troubles de l'hématose, le globule sanguin n'absorbe plus aussi bien l'oxygène; la capacité respiratoire du sang est amoindrie. Peut-être s'ajoute-t-il une altération produite directement par le poison cholérique, microbe ou ptomaïne.

Cette altération du sang est consécutive à la lésion intestinale, véritable lésion spécifique; la soustraction de la partie aqueuse ne s'opère qu'au prix d'une déshydratation plus ou moins prononcée des tissus, et les effets de cet appauvrissement humoral se traduisent par les signes si caractéristiques de la cadavérisation, par l'arrêt de toute sécrétion (rein, glandes salivaires, etc.).

Pour combattre cet enchaînement de symptômes, troubles de l'hématose, déshydratation des tissus, refroidissement, cyanose, etc., l'injec-

tion intra-veineuse est le moyen le plus sûr, le plus rationnel. Chez les malades de la dernière épidémie, M. Hayem a eu recours à la solution suivante :

Eau distillée.....	1,000	grammes.
Chlorure de sodium pur.....	5	—
Sulfate de soude.....	10	—

L'injection doit être faite à hautes doses, 2 litres et 2 litres et demi. Les effets sont immédiats ; le malade se sent soulagé, le pouls se retire, à moins d'un collapsus trop complet, la respiration devient ample, régulière, la teinte cyanotique s'efface.

Les effets sur la température sont curieux à noter. Chez 69 malades, la température, dans la période de collapsus, était normale chez 7, au-dessus de la normale 10 fois ; chez 52 autres, au-dessous de la normale, 35°, 36°; chez un vieillard de 61 ans, elle est descendue à 30°. Par contre, chez un jeune enfant, on a noté 40°,2.

Voici les résultats de l'injection sur la température : quand le thermomètre marque au-dessus de 38°, la transfusion détermine immédiatement un abaissement. Quand la température est inférieure à 37°, il y a élévation de la chaleur ; quand elle est très basse, 35°, 34°, les effets sont variables.

M. Hayem tire de ces résultats la conclusion qu'il faut, suivant la température du malade, faire varier le degré calorique de l'injection. D'une façon générale, on peut dire que si l'on a affaire à un sujet qui n'est pas atteint de tare organique (tuberculose, alcoolisme), si la température ne descend pas au-dessous de 36°, la transfusion donne de grandes chances de succès.

Chez les alcooliques, les vieillards, les gens déprimés par la misère ou une hygiène antérieure déplorable, la réaction est incomplète. Chez les malades en algidité ancienne et extrême, présentant une température rectale de 34°, 35°, la réaction est nulle ou peu apparente.

Chez les adultes résistants, non alcooliques, et chez les enfants, l'effet est remarquable. Ils semblent échapper à une mort certaine, et sont rapidement guéris.

Parmi les malades guéris, quelques-uns avaient un état général inquiétant : tels un enfant, atteint du mal de Pott, et une femme grosse de huit mois chez laquelle des contractions utérines avaient déjà apparu et dont le col était dilaté.

Dans les cas favorables, la réaction est franche ; un frisson violent est la première manifestation extérieure ; il apparaît pendant l'opération, ordinairement quelques minutes après. Puis surviennent le calme et le sommeil. Le malade se réchauffe et quelquefois la convalescence est rapide ; une des malades sortit deux jours après.

Ailleurs, au contraire, elle est longue, traînante ; il est des cas où il faut deux ou trois transfusions.

Aucun accident ne s'est jamais manifesté ; à l'autopsie de ceux des malades qui sont morts, on n'a trouvé aucune lésion qu'on pût attribuer à l'injection elle-même ; la plaie veineuse s'est toujours comportée comme une piqûre de lancette.

III. — L'auteur a traité sept cas de choléra (forme grave) par les injections veineuses : dans un cas, l'effet a été nul ; chez cinq malades, il y eut un relèvement des forces momentané, un seul guérit. L'effet de l'injection est immédiat : la respiration devient plus calme, le pouls se relève, mais cette modification de la tension artérielle est plus lente à se manifester ; le visage se colore, se couvre quelquefois d'une sueur abondante et chaude. L'agitation fait place à un état de calme, d'engourdissement, de bien-être ; une malade s'endormit pendant la transfusion. Un seul malade a présenté un frisson consécutif : c'est le seul qui ait guéri.

Les malades de Bouveret étaient atteints des formes les plus graves, quelques-uns étaient âgés : c'est à cette double particularité qu'il faut rapporter le peu de succès (6 morts sur 7). Du reste une seule injection doit rarement suffire ; si l'amélioration ne persiste pas, il faut renouveler l'injection et à hautes doses. Bouveret recommande de ne pas se contenter de 3 à 400 grammes. Le malade, qui a guéri, a reçu en deux injections 1,500 grammes de la solution ; un autre, en une fois, 2,000 grammes. Pour réussir, ou du moins pour obtenir tout l'effet désirable de cette médication, il faut injecter chaque fois près de 1,000 grammes et quelquefois plus. La solution employée par l'auteur est celle de Schwarz (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 285).

On la fait bouillir, on la filtre et on l'injecte à une température moyenne de 38 à 39°. L'appareil qui a servi pour ces diverses opérations est le transfuseur décrit page 285. Nous renvoyons au mémoire pour la description détaillée du *modus faciendi*.

A quel moment et d'après quelles indications doit se faire l'injection intra-veineuse ? Voici sur ce point les conclusions de M. Bouveret :

L'injection paraît remplir deux indications : dans les formes rapides, à début syncopal, sans grandes évacuations, et dans lesquelles domine l'affaiblissement aigu du cœur, l'injection peut momentanément relever l'énergie défaillante du muscle cardiaque.

Dans les formes moins immédiatement fatales, lorsque d'abondantes évacuations se sont produites pendant l'attaque cholérique, l'injection veineuse restitue très utilement à la masse sanguine l'eau de constitution qu'elle a perdue.

Ce second effet est beaucoup plus certain que le premier. Les observations démontrent que l'opération réussit mieux quand il s'agit de combattre le collapsus qui persiste après l'attaque cholérique, d'obtenir la dilution du sang épaissi et d'augmenter le contenu du système vasculaire.

IV. — Relation de 12 expériences (5 injections intra-veineuses, 3 injections intra-péritonéales, 4 injections hypodermiques).

Pour les premières, Tibaldi emploie une solution à 5 0/00 de chlorure de sodium, à la température de 37 à 40°. Il se sert d'un appareil spécial qui permet de graduer à volonté et très facilement la pression, la rapidité du courant. L'expérience a été faite sur des chiens purgés largement à l'aide de purgatifs salins, et gardés plusieurs jours sans boire. L'introduction, dans le torrent circulatoire, de grandes quantités (le double de la masse totale du sang) de la solution est sans aucun danger.

L'injection intra-péritonéale (même appareil, même solution) amène une diminution plus lente de la viscosité du sang. Elle est presque tou-

jours suivie, quand elle a été abondante, d'émission copieuse d'urine, de vomissements et de diarrhée.

Pour les injections hypodermiques, Tibaldi s'est servi de la solution de Cantani : chlorure de sodium, 4 grammes; carbonate de soude, 3 grammes; eau, 1,000 grammes; additionnée ou non de 0,20 0/00 d'acide phénique ou 0,75 0/00 de thymol. Les injections étaient faites à la cuisse et au cou; elles sont douloureuses. L'absorption du liquide est assez rapide; mais la quantité qu'on peut introduire est limitée.

Ces injections hypodermiques seront utiles dans le choléra, quand les symptômes d'algidité ne seront pas très prononcés; on pourra injecter à la cuisse, au mollet, trois ou quatre litres de solution. Si les phénomènes d'asphyxie sont menaçants, l'algidité prononcée, il faut recourir d'emblée aux injections intra-veineuses et à défaut, aux injections intra-péritonéales.

V. — L'auteur recommande d'avoir recours, dès les premiers signes de diarrhée spécifique, aux lavements d'acide tannique (5 à 10 pour 2/00) additionné de laudanum. Ces lavements doivent être portés aussi haut que possible dans l'intestin; ils préviennent la déshydratation des tissus et l'algidité rapide. L'acide tannique agit peut-être aussi sur la vitalité du microbe.

VI. — Semmola ne croit pas que l'on puisse tirer des théories parasitaires une indication de traitement rationnel et scientifique du choléra. Le traitement antiparasitaire n'est et ne sera jamais un traitement abortif du choléra, parce que les parasiticides les plus efficaces, les mieux connus, ne peuvent être introduits dans le tube intestinal en quantité suffisante pour détruire le microbe; parce que, d'autre part, en admettant la découverte d'un agent parasiticide en même temps qu'inoffensif pour le sujet, la mort du microbe ne constitue qu'une bien petite partie du traitement; les phénomènes les plus graves du choléra sont dus incontestablement à un principe chimique (ptomaïne?) qui empoisonne les centres nerveux et se trouve déjà en voie de formation dans l'intestin, quand la diarrhée vient vous avertir de l'attaque de choléra. Semmola regarde la diarrhée comme le premier effet de cette intoxication des centres nerveux sympathiques abdominaux plutôt que le résultat de l'action des microbes, et considère que tout traitement antiparasitaire doit être rejeté comme une charlatanerie scientifique.

On ne connaît pas de remède spécifique du choléra; la médication doit être à la fois physiologique et symptomatique. Voici les bases de cette méthode, telle qu'elle a été appliquée chez 6,000 malades.

Dès la première évacuation diarrhéique, si faible soit-elle (en temps d'épidémie cholérique) il est nécessaire de maintenir la diète la plus rigoureuse; une simple tasse de bouillon peut amener une attaque grave; la diète doit être maintenue jusqu'à cessation de la diarrhée depuis vingt-quatre heures.

La seconde indication est d'exciter, dit l'auteur, à un moment opportun, les puissances physiologiques par des moyens thérapeutiques physiologiques. Le plus efficace de ces moyens, à ses yeux, c'est le bain chaud à 38 ou 40° centigrades, donné dès le début de la maladie, avant la période d'algidité. Ce bain chaud excite le réseau nerveux périphérique, par action réflexe, excite les centres de la circulation et produit ainsi l'har-

monie des rapports physiologiques entre la surface cutanée et la muqueuse intestinale; la sudation favorise en même temps l'élimination des principes toxiques. Ce bain doit être répété à intervalles d'une heure ou deux, et le malade doit être, à la sortie, enveloppé de flanelle chaude, en même temps on administre quelques boissons aromatiques chaudes. Chez des centaines de malades ayant une diarrhée rebelle (6 à 12 selles par 24 heures) qui auraient eu vraisemblablement une attaque confirmée, le bain chaud a arrêté absolument la diarrhée.

Comme médicament, Semmola donne l'opium (laudanum, chlorodyne, liqueur de Batley) à petites doses.

A la période de réaction, le traitement doit être simple. On donne d'abord de très petites quantités de lait. Avec une réaction vive, fièvre élevée, on est quelquefois obligé de recourir aux lotions froides et aux bains froids. Pour remédier à l'asthénie cardiaque, fréquente à cette période, Semmola recommande les injections de caféine; contre les crampes épigastriques, les sels de strychnine, les inhalations d'oxygène, et le valérianate de quinine si l'état cyanotique persiste un peu.

VII. — L'auteur insiste sur ce point que le grand danger est l'algidité, causée par la déshydratation des tissus, la perte de fluidité du sang. Tout le traitement de la période cyanique doit consister à maintenir ce sang dans l'état de fluidité en introduisant de grandes quantités d'eau dans l'économie, soit par injection directe dans la circulation, soit par injections sous la peau, dans la cavité péritonéale, soit enfin par administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses.

A. CARTAZ.

VIII. — Le traitement a varié avec la gravité : 1° le dévoiement cholérique ou choléra léger a été surtout traité par l'opium;

2° Le choléra moyen dans sa première période a été soigné aussi par les opiacés, ainsi que par des lavements de vin chaud additionnés de laudanum; les vomissements ont été combattus par les boissons gazeuses et la glace; l'eau chargée d'oxygène n'a pas réussi; les crampes des membres ont été traitées par des frictions et, si elles résistaient, par des injections d'éther, les crampes du diaphragme et l'angoisse épigastrique par une injection au creux de l'estomac d'un demi-centigramme de morphine pour un quart de milligramme d'atropine;

3° Dans le choléra asphyxique ou algide, les injections hypodermiques de morphine sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles; celles d'atropine, au contraire, paraissent favoriser la réaction; on donnait en même temps d'autres stimulants, thé punché, éther, acétate d'ammoniaque, sinapisation, injections d'éther, faradisation sous-claviculaire.

Les inhalations d'oxygène respiré pur pendant une à deux minutes toutes les demi-heures ont souvent déterminé des succès remarquables et ne sont indiquées que dans le choléra asphyxique où elles ont produit des résurrections, mais non dans cette forme de choléra grave qui ne s'accompagne ni de cyanose ni de refroidissement, et qui s'est terminé toujours par la mort.

IX. — Le sulfure noir de mercure peut être employé dans les diarrhées avec ou sans vomissements; on peut s'en servir dans la diarrhée prodromique du choléra et même dans le choléra confirmé.

Ce médicament réunit à l'action favorable du mercure (surtout effet

antiparasitaire) celle avantageuse du soufre; et il peut s'administrer à doses aussi élevées qu'on le désire.

Une expérience de quarante années autorise l'auteur à croire que cet agent est le remède par excellence dans les diverses maladies infectieuses s'accompagnant de diarrhée et de vomissement. B. FÉRIS.

X. — Peyrusson propose de donner des doses massives d'acide borique (30 grammes en une fois), pour qu'il arrive en quantité suffisante jusqu'à l'extrémité de l'intestin.

On peut encore employer le proto-iodure d'hydrogène à la dose de 30 centigrammes en une seule fois.

XI. — L'auteur préconise comme traitement une potion composée de chloroforme, 1 gramme; alcool, 8 grammes; acétate d'ammoniaque, 10 grammes; eau, 110 grammes; sirop de chlorhydrate de morphine, 40 grammes.

En 1876, durant l'épidémie de Karikal, ce mode de traitement fut expérimenté par Follet. Sur 161 cholériques traités par les autres méthodes, il y eut 129 décès, soit une mortalité de 80,20 0/0, tandis qu'avec la médication de M. Desprez, 136 cas ont fourni seulement 39 décès, soit une mortalité de 28,92 0/0, malgré l'adjonction de 22 cas très graves choisis pour l'expérimentation.

XII. — M. Delthil recommande contre le choléra les fumigations d'essence de térébentine et de goudron qu'il a déjà proposées contre la diphthérie. Il fait faire des frictions sur presque toute la surface du corps avec un tampon de flanelle imbibé d'essence de térébentine, évapore au bain-marie de la térébentine dans la chambre; enfin il fait prendre à l'intérieur 5 grammes d'essence de térébenthine additionnée de la même quantité d'éther. A. C.

XIII. — Dans l'épidémie cholérique assez intense qui sévit en 1867 à Zurich, l'auteur et Biermer recoururent avec succès, pour combattre l'algidité, à l'emploi des bains chauds prolongés durant plusieurs heures de suite. J. B.

XIV. — Duboué préconise le tannin à titre d'agent prophylactique et curatif; 25 centigrammes avant chaque repas, une dose triple si l'on a de la diarrhée, et 4, 8, 10 grammes par jour si le choléra est confirmé.

XV. — Excellente revue d'ensemble des divers moyens thérapeutiques préconisés contre le choléra. A. CARTAZ.

Die Behandlung des Typhus abdominalis mit Kairin (Le traitement de la fièvre typhoïde par la kairine), par Richard SCHULZ (*D. Archiv. f. klin. med. Bd. XXXV, Heft* 1-2, *p.* 169).

Voici les conclusions de ce travail :

1° La kairine est un antipyrétique très puissant ; elle peut ramener à la normale toute température fébrile. L'abaissement de la température peut être maintenu pendant quelque temps par des doses répétées (0,25 à 0,50 quand la température atteint 38°) ;

2° L'action du médicament est en raison inverse du volume du corps ;

3° Une faible accommodation du corps à la kairine se produit déjà au bout de peu de temps (?) ;

4° Au point de vue de la durée de l'action, la kairine ne peut entrer en comparaison avec la quinine. Celle-ci conserve sans conteste sa priorité ;

5° Avec la kairine il n'y a pas d'accidents toxiques ; cependant on observe parfois des conséquences assez désagréables qui méritent réflexion ;

6° L'emploi de la kairine demande une attention très grande de la part du médecin et un bon personnel d'infirmiers. On ne peut donc guère l'employer que dans un hôpital ;

7° Pas plus que dans la fièvre intermittente, la kairine n'a d'action spécifique sur la fièvre typhoïde ;

8° La kairine paraît augmenter la durée totale de la fièvre typhoïde et favoriser la production des récidives ;

9° Le traitement par les bains et la quinine est préférable au traitement par la kairine ;

10° L'emploi de la kairine paraît devoir se restreindre aux maladies de peu de durée avec fièvre continue. Dans ces conditions on en craindra naturellement les suites funestes : frissons, sueurs, collapsus, affaiblissement de l'organisme. On pourra avec avantage abaisser des températures élevées, dangereuses par leurs excès. A. MATHIEU.

Ueber Kairin, par PEIPER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* **2**, **1884**).

L'auteur a administré la kairine dans 27 cas de fièvre typhoïde et dans 7 cas de phtisie pulmonaire. Les typhiques en prenaient 50 centigrammes ou 1 gramme à la fois et la somme des doses d'une journée ne dépassait jamais 4 gr,75. En général l'abaissement de température se produisait rapidement et persistait de 2 à 3 heures. A la suite des frissons le médicament n'avait pas une efficacité immédiate. Il est impossible d'établir chez un sujet, après quelques jours d'observation, la règle précise de la médication ; les réactions sont variables et nécessitent l'application très fréquente du thermomètre. La kairine agit aussi d'une façon variable suivant les individus. L'auteur a observé la cyanose, mais jamais le collapsus ; il a noté cependant un affaiblissement très prononcé du cœur chez deux convalescents. La fièvre typhoïde n'a pas été abrégée par la kairine : il a fallu se contenter de l'action anti-pyrétique. Chez 5 malades, des vomissements se sont manifestés.

La kairine a influencé favorablement la fièvre des phtisiques et de quelques autres sujets atteints d'affections aiguës. L. GALLIARD.

Traitement de la diarrhée par la résorcine et l'acide salicylique, par O. BOGOUCHE (*Méd. Obosrénié*, *n.* **14**, **1884**).

Bogouche a obtenu des résultats excellents en traitant les diarrhées (surtout les diarrhées chroniques, fétides, à caractère septique) par la résorcine. On prend 1 gr,25 de résorcine et on le dissout dans 150 grammes d'huile de ricin chaude. Le malade avale la mixture en une fois. Les enfants, à partir de l'âge de 4 ans, prennent 0gr,50 de résorcine dans une quantité correspondante d'huile de ricin. Dans un cas l'acide salicy-

lique, à la même dose de 1gr,25, donné aussi dans de l'huile de ricin, a immédiatement coupé une diarrhée qui était rebelle à la résorcine.

W. HOLSTEIN.

De la kola (Sterculia acuminata), par L. MONNET (*Thèse de Paris*, 1884).

La kola, dont la première étude sérieuse a été faite par Heckel et Schlagdenhauffen, constitue, par la caféine et la théobromine qu'elle contient, un tonique du cœur dont elle exagère la puissance dynamique et dont elle régularise les contractions. Comme corollaire de son action sur la tension sanguine, on voit la diurèse augmenter; d'où son utilité dans les affections cardiaques avec hydropisie.

La kola qui active la contractilité des muscles de la vie organique, aurait, au contraire, une influence paralysante sur les muscles striés, quand on l'emploie à doses toxiques.

C'est un aliment d'épargne, c'est aussi un tonique puissant qui est indiqué dans les anémies, les affections chroniques et les convalescences.

Elle favorise la digestion. C'est en outre un antidiarrhéique excellent qui a rendu de très grands services dans les diarrhées chroniques, dans certains cas de choléra sporadique, sans qu'on puisse d'une façon bien nette expliquer physiologiquement son action. BAZILE FÉRIS.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du Piscidia Erythrina, par A. LEGOY (*Thèse de Paris*, 1884).

Le piscidia erythrina est un excitant du système nerveux central. Il agit sur le bulbe et sur la moelle, exagère la respiration et les réflexes; il ralentit ensuite la respiration et modère les réflexes par épuisement nerveux consécutif à l'excitation. Il a une action beaucoup plus marquée sur les animaux à sang froid que sur les animaux à sang chaud. Son action se porte plus particulièrement sur le système ganglionnaire du sympathique.

A dose toxique, la mort arrive par arrêt de la respiration; la dose toxique chez les animaux à sang froid est très faible; chez les animaux à sang chaud elle doit être très élevée. On ne la connait pas chez l'homme.

En thérapeutique, on doit employer de préférence l'écorce de la racine du piscidia erythrina de la Jamaïque, les autres espèces étant inactives. L'alcaloïde, s'il existe, n'a pas encore été isolé.

Le piscidia n'est pas un hypnotique ni un anesthésique, mais un sédatif. Il est indiqué quand l'insomnie pénible a pour cause la douleur. On peut l'employer avec avantage dans le delirium tremens, l'alcoolisme, certaines formes de manie; il en est de même dans les névralgies et dans les douleurs de la dysménorrhée.

On l'administre sous forme d'extrait ou de teinture alcoolique, l'extrait à la dose de 3 à 6 grammes, la teinture à celle de 40 à 60 gouttes.

BAZILE FÉRIS.

I.—Effets thérapeutiques du chlorhyd. d'apomorphine en injections sous-cutanées dans l'hystéro-épilepsie, par LAURENCIN (*Lyon méd.*, 9 *novembre* 1884).

II. — De l'apomorphine dans certains troubles nerveux, par E. WEILL (*Ibid.* 30 *novembre* 1884).

I. — L'auteur publie une observation d'hystéro-épilepsie à forme grave (accès nombreux, des plus intenses) qui fut guérie par les injections d'apomorphine, à la dose de 2 milligrammes à 1 centigramme dans les 24 heures. Les traitements les plus divers, employés précédemment, avaient complètement échoué.

II. — Relation de trois cas de névrose rapidement améliorés par l'apomorphine. L'auteur pense que ce médicament sera utilement employé dans les affections spasmodiques ou dans les névroses convulsives, soit à crises intermittentes (épilepsie corticale), soit à crises plus ou moins continues (chorée). A. C.

Ueber die Wirkung electrischer Bäder, par LEHR (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n.* 20, *p.* 307, 14 *mai* 1883).

Au 2e congrès des médecins allemands, Lehr est venu communiquer le résultat de ses expériences, faites en partie sur lui-même ;

Les bains électriques ne peuvent être employés que comme médication générale.

Le corps humain se comporte simplement comme un conducteur humide, quelles que soient d'ailleurs la quantité et la température de l'eau.

Dans le bain galvanique, la peau présente une vive rougeur, accompagnée d'un sentiment de bien-être; le bain faradique, au contraire, n'agit pas sur les téguments.

Les deux espèces de bain électrique peuvent causer des battements de cœur, tout en diminuant la fréquence de la respiration.

Les bains électriques accroissent l'énergie corporelle et intellectuelle et excitent l'appétit.

L'augmentation considérable de l'excrétion d'urée témoigne de la suractivité qu'ils impriment à la nutrition. J. B.

I. — Die hydroelectrischen Bäder, kritisch und experimentell auf Grund eigener Untersuchungen bearbeitet, par A. EULENBURG (*Vienne*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin sur le travail d'Eulenburg (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n.* 31, *p.* 477, 30 *juillet* 1883).

I. — Eulenburg ne voit dans les bains hydro-électriques qu'une méthode particulièrement avantageuse de faradisation et de galvanisation générales ; selon lui, il est absolument déraisonnable de vouloir les appliquer à un traitement local.

Il distingue deux modes de bains hydro-électriques : 1° celui où les deux pôles sont plongés dans l'eau du bain ; 2° celui où un seul pôle est plongé tandis que l'autre est placé sur une partie non immergée du corps.

Dans le premier cas, le corps est peu influencé par la direction du courant ; dans le second, au contraire, les effets sont très différents suivant que c'est l'anode ou la cathode qui est immergée.

Dans le bain faradique, la fréquence du pouls, chez les individus sains, s'abaisse en moyenne de 8 à 22 pulsations. Il en est de même de la sensibilité farado-cutanée et de la résistance à la conductibilité galvanique des points de la peau explorés.

Dans le bain galvanique, se montrent en premier lieu des sensations paralgiques, variables suivant le pôle et la force du courant. De plus, dans le bain où la cathode est immergée, la sensibilité farado-cutanée est amoindrie, tandis qu'elle est accrue quand c'est l'anode qui plonge. Dans l'une et l'autre espèces de bain, la fréquence du pouls est diminuée et la température abaissée de 0°,1 à 0,7.

Les différents modes de sensibilité cutanée subissent aussi des modifications peu importantes.

Les phénomènes d'irritation motrice (contractions) n'apparaissent qu'avec des courants d'une certaine force, d'abord aux changements de courant, puis à leur fermeture. Elles sont plus marquées pour la cathode que pour l'anode.

L'excitabilité des régions du corps immergées subit un affaiblissement notable.

Eulenburg formule ainsi les indications des bains hydro-électriques : neurasthénie sous ses différentes formes (dyspepsie nerveuse, irritation cérébrale, spinale, etc.), hypocondrie, hystérie, névroses fonctionnelles (chorée, épilepsie, tremblements), névroses des vaso-moteurs trophiques (maladie de Basedow).

II. — Bernhardt a expérimenté sur lui-même les effets des bains hydro-électriques, Il se plaçait dans une baignoire en métal verni, de telle façon que son corps ne touchât pas les électrodes, immergées l'une derrière son dos, l'autre au pied de la baignoire. Des plaques métalliques de 14 centimètres carrés formaient ces électrodes. Faisant alors passer le courant, il n'a éprouvé rien ou presque rien, quelle que fussent l'intensité et la nature des courants.

En remplaçant une de ces grandes électrodes par l'électrode ordinaire, qui n'a que 4 centimètres de diamètre et en rapprochant son bras d'elle, il ressentait des picotements cutanés. A 5 ou 6 centimètres de distance, les courants les plus forts ne lui causaient aucune sensation.

A des distances de 1 1/2 à 3 centimètres, un courant faradique suffisamment fort déterminait des contractions musculaires.

En employant le courant constant, quand la petite électrode était seulement à 1 1/2 ou 2 centimètres des nerfs moteurs, Bernhardt subissait, au moment de la fermeture, de l'ouverture et des changements de courants, les réactions classiques. Lorsque, avec le même genre de courant, il plaçait la petite électrode pas trop loin d'un nerf mixte, tel que le cubital, non seulement il ressentait un léger picotement local à l'endroit même où pénétrait le courant (réaction des nerfs cutanés sensitifs) mais il sentait aussi que le courant pénétrait dans la profondeur et il éprouvait des sensations périphériques dans les doigts correspondants.

Comme Eulenburg, Ishowki a constaté à la suite des bains hydro-électriques une augmentation de la sensibilité tactile. Bernhardt n'a pas fait d'expériences sur ce point, mais il se demande si pareil phénomène n'aurait pas lieu après un bain chaud simple.

En thérapeutique, il n'a encore appliqué les bains hydro-électriques que

dans un cas de sciatique. La grande électrode était immergée, tandis que la petite était promenée par le malade à une distance de 2 à 3 centimètres le long de la face postérieure de sa cuisse malade. Les courants faradiques eurent un succès complet et durable.

Eulenburg remarque que lorsqu'on emploie le mode de bain électrique dans lequel les deux rhéophores sont immergées, l'effet est très minime à moins qu'on n'use de courants de durée spéciale et de dispositifs tout particuliers. (*R. S. M.*, X, 105, 498; XVIII, 499 et XXI, 115.) J.B.

De l'introduction des substances médicamenteuses dans le corps humain par l'électricité, par LAURET (*Gaz. hebd. de Montpel.*, *n°* 7, 1884).

Soit sur lui-même, soit sur d'autres personnes, Lauret a fait plus de trente expériences qui lui permettent d'affirmer qu'il y a absorption à travers le derme sous l'influence des courants continus pendant le bain hydro-électrique.

Le bain généralement usité dans ces expériences était un bain d'avant-bras; la baignoire métallique recevait le pôle négatif de la pile, tandis qu'une large électrode humide mettait l'autre pôle en communication avec la partie supérieure du bras. Les premières solutions médicamenteuses étaient préparées avec 5 ou 8 grammes de bromure ou iodure de potassium pour quatre litres à quatre litres et demi d'eau ordinaire à la température de 37 à 38°; déviation du galvanomètre = 10 milli-ampères, durée du bain 35 minutes.

Après chaque expérience et d'une façon constante, Lauret pouvait constater la présence du brome ou de l'iode dans l'urine et la salive du sujet en expérience. Au contraire, ces deux substances ne passaient pas à travers les organes de sécrétion, si le sujet prenait, avec les solutions médicamenteuses, un bain non électrique.

Le fait de l'absorption des substances médicamenteuses à travers la peau, sous l'influence de l'électricité, nié ou contesté par plusieurs auteurs, paraît donc bien réel, au moins pour certaines substances.

A. MOSSÉ.

De l'action antizymazique de la quinine dans la fièvre typhoïde, par PÉCHOLIER (*Montpellier méd.*, *décembre* 1884).

Pécholier, tout en reconnaissant les bons effets que peut donner l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde, cherche à se rendre compte des heureux effets du sulfate de quinine qu'il a constatés, comme tout le monde dans le traitement de cette maladie. C'est une chose reconnue, en effet, que, continué pendant longtemps à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme, le sulfate de quinine donne de très bons résultats. Pécholier ne pense pas que l'on puisse, étant connu le cycle régulier de la température dans cette affection, attribuer les succès à l'action anti-périodique de la quinine, comme on l'avait cru tout d'abord. Il pense que la quinine a une action antizymazique, et rappelant qu'il a été un des premiers en 1865 et 1869 à regarder la fièvre typhoïde comme une maladie infectieuse zymazique, théorie très répandue aujourd'hui, il trouve dans cette action thérapeutique la raison du traitement indiqué plus haut et qui empiriquement avait été reconnu très utile. L'intermittence du pouls,

dans quelques cas, devient une indication pour interrompre l'administration de la quinine. A. MOSSÉ.

Die Phosphorbehandlung der Rhachitis, par KASSOWITZ (*Berliner klinische Woch., n° 2, p. 31, 14 janvier 1884*).

En répétant les expériences de P. Wegner, Kassowitz a vérifié que sous l'influence de doses minimes de phosphore il se produit au niveau des points d'apposition des os une couche plus compacte, caractérisée au microscope par une diminution de la formation des vaisseaux au sein du tissu ostéogène.

Si la dose de phosphore est plus forte, il y a au contraire excès de formations vasculaires avec augmentation de la fonte du cartilage et de l'os. Quand la quantité de phosphore administrée est encore plus grande, on note même un décollement des épiphyses.

Kassowitz pense que, dans tous ces cas, le phosphore, quelle que soit sa dose, agit de la même façon ; introduit dans le sang, il exerce une irritation sur les plus jeunes vaisseaux sanguins du tissu ostéogène.

D'après ces expériences, il a traité 560 rachitiques à l'aide du phosphore à faibles doses et a toujours obtenu de bons résultats. La quantité quotidienne d'un demi-milligramme de phosphore, en solution ou émulsion huileuse, était parfaitement tolérée. Au bout de quelques semaines, les effets de cette médication étaient reconnaissables, soit au durcissement des os ramollis du crâne, soit au rétrécissement des fontanelles, soit à l'amélioration des fonctions des membres.

Dans la discussion de la 56e réunion des naturalistes et médecins allemands, *Ehrenhaus* ayant émis la crainte que les parents dépassent la dose convenable, et mettent ainsi en péril la vie de leurs enfants, Kassowitz répond qu'il n'a observé qu'un cas, où le médicament, administré à dose trop forte, fut d'ailleurs immédiatement vomi.

Biedert témoigne son étonnement des succès accusés par Kassowitz, dont la médication exclusive n'agit nullement sur l'état général.

Bissel déclare qu'après la publication du travail de Wegner il a traité sans résultats des rachitiques par le phosphore, mais peut-être le donnait-il en quantité trop faible. J. B.

Ueber Borsäure (De l'acide borique), par ROSENTHAL (*Soc. de Méd. de Vienne 11 janvier 1884*).

L'auteur a étudié les effets de l'acide borique dans la médication interne. Pris à la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi, il ne détermine que l'acidité de l'urine préalablement neutre ; à la dose de 4 à 6 grammes, il augmente la diurèse et produit un peu de malaise ; quand on en prend 12 à 15 grammes, on a de la gastralgie, de l'inappétence et des vomissements.

Dans les cystites, l'efficacité de l'injection d'acide borique est connue. L'auteur s'est servi d'une solution à 3 0/0 pour pratiquer le lavage de l'estomac chez une femme qui souffrait d'ectasie gastrique avec dyspepsie ; il a réussi de cette façon à empêcher les fermentations et a pu se contenter, au bout d'un certain temps, du lavage à l'eau pure.

Enfin, l'auteur a fait des injections sous-cutanées d'une solution à 4 0/0 sans jamais déterminer d'accident. L'urine et la salive deviennent rapidement acides. Les injections sous-cutanées sont efficaces dans la cystite légère et la phosphaturie. L. GALLIARD.

HYGIÈNE

I. — Le bordeaux verdissant, par PABST (*Revue d'hygiène, juin* 1884).

II. — Des effets de l'ingestion du pain moisi chez les animaux et chez l'homme, par P. MÉGNIN (*Ibidem, III, p.* 61).

III. — Mineral pulp as an adulterant of bread, par Charles STUART (*Sanitary Record, n°* 297, *p.* 505, *juin* 1882).

IV. — Inconvénients de la présence de la chaux dans les sucres (*Ann. d'hyg. publ., VII, p.* 363).

V. — Note sur la falsification du poivre et du chocolat au moyen des grignons d'olives et des noyaux de dattes, par Charles GIRARD (*Rev. d'hyg., IV, p.* 790).

VI. — Tinned provisions, par Winter BLYTH (*Sanitary Record, n°* 318, *p.* 450, *mars* 1884).

VII. — Poisoned by canned goods, J.-G. JOHNSON (*The medico legal Journal, II, n°* 1, *p.* 53, *juin* 1884).

I. — Pabst attire l'attention sur un nouveau colorant pour vins, formé par un mélange d'acide sulfoconjugué de rosaniline, de bleu de méthylène et d'orangé 4 (à la diphénylamine). La solution verdit par l'ammoniaque, comme le fait le vin naturel. Le vin coloré avec ce produit, en présence d'ammoniaque en excès, donne, avec l'alcool amylique, une légère coloration jaunâtre. Le bioxyde de manganèse ne décolore pas le vin, mais laisse une liqueur rouge violacé.

Enfin, avec deux volumes de solution saturée de borax pour 1 volume de vin, on a un liquide violet franc.

II. — Le pain peut servir de champ de développement à cinq espèces principales de moisissures : 1° mucor mucedo ; 2° penicillium glaucum ; 3° aspergillus glaucus ; 4° ascophora nigricans ; 5° oïdium aurantiacum.

Ces deux derniers, surtout l'ascophora, sont les plus dangereux. On trouvera dans le travail de Mégnin le résumé des caractères botaniques et le dessin de ces divers cryptogames.

Dans un régiment de cavalerie, en garnison à Oran, on avait distribué du pain de munition qui avait à peine 48 heures de confection, mais était déjà couvert de moisissures noires et orangées. Les hommes refusèrent de le manger et quelques-uns le donnèrent à leurs chevaux. Deux de ceux-ci seulement en mangèrent environ une livre. Ils eurent d'abord des coliques, puis des accès vertigineux accompagnés de pouls fréquent, de

respiration presque imperceptible, de sueurs glacées et suivis de coma profond avec insensibilité absolue et résolution musculaire.

L'un des chevaux guérit complètement, l'autre conserva une paralysie incomplète.

Mégnin a trouvé dans ce pain deux espèces de moisissures, l'une formant un tapis floconneux, couleur de suie (ascophora nigricans), l'autre formant des taches couleur saumon.

Ces moisissures constituaient des zones dans l'épaisseur du pain, ce qui prouvait que les sporules y ont été introduites avec la farine.

Mégnin cultiva ces deux cryptogames sur du pain de munition frais et en fit avaler à des chiens.

L'ascophora a déterminé des malaises plus accusés.

Cornevin a cité des accidents mortels, chez le porc, par du pain moisi.

III. — A Easton (Pennsylvanie) existent quatre usines préparant en grand une poudre minérale savonneuse, destinée à l'adultération du pain. L'une de ces fabriques en produit 15 tonnes par jour. Cette poudre est grise, douce au toucher et se compose de silicate de magnésie et d'alumine, avec un peu de carbonate et des traces de fer.

Stuart a analysé un échantillon de pain adultéré avec cette variété de talc, dans la proportion de deux cuillerées à bouche de poudre minérale pour une tasse à thé de farine. Ce pain était noir, compact, gluant, et pesait un peu plus que le pain normal.

Sous le microscope, la mie présentait un nombre inusité de granules amorphes que l'iode ne bleuissait point.

IV.—Certains sucres des colonies non raffinés, et de même les chocolats dans la préparation desquels ils entrent, ont l'inconvénient de *tourner* le lait à l'ébullition.

L'analyse chimique a montré que cela tient à la présence d'un excès de sucrate de chaux. Cette action coagulante du sucrate calcaire sur le lait n'est mentionnée nulle part.

Pourtant le fait intéresse non seulement l'industrie chocolatière, mais encore l'économie domestique, car beaucoup de ménages se servent du sucre en grains, tel qu'il arrive des colonies; la pharmacie, parce que ces sucres sont impropres à la préparation des sirops colorés et des sirops composés, contenant soit des sels métalliques, soit des sels d'alcalis; enfin l'hygiène, car le coagulum formé par la caséine du lait est moins digestible, vu son insolubilité dans les acides, aussi bien à chaud qu'à froid.

V. — Dans le midi de la France et à Paris, il y a un certain nombre de moulins à vapeur occupés toute l'année à broyer des noyaux de dattes, destinés à falsifier le chocolat et le poivre blanc.

Pour le poivre gris, ce sont surtout les grignons d'olives auxquels les falsificateurs ont recours.

Sous le microscope, les cellules scléreuses du noyau d'olive sont très difficiles à distinguer de celles du poivre, car leur forme est analogue.

Pour éviter de recourir à la lumière polarisée, Dupré a imaginé le procédé suivant. On projette dans un mélange, à parties égales, d'eau et de glycérine le poivre contenant des grignons. On voit alors les grignons

tomber au fond du vase, tandis que le poivre reste à la surface du liquide.

VI. — Blyth a recherché l'effet du jus acide des fruits sur les boîtes étamées dans lesquelles on les conserve.

Il a analysé, à cet égard, 23 échantillons comprenant des conserves d'abricots, de tomates, d'ananas et de canneberges.

La plus forte proportion d'étain dissous (11 grains 05 par livre anglaise) a été trouvée dans deux boîtes d'abricots, la plus faible (1 grain 58) dans une boîte de tomates.

VII. — Une famille composée de 6 personnes se trouva empoisonnée après avoir mangé une boîte de tomates conservées. Il ne restait pas de tomates pour l'analyse. Les consommateurs leur avaient trouvé une couleur pâle, un goût fade, malgré l'addition de poivre et de sel. Le poison devait être soluble et contenu dans le jus, car la fille aînée, qui avait été la plus gravement atteinte, n'avait fait que tremper son pain dans la partie liquide, sans manger de tomates. La nature des troubles morbides et le mode de préparation culinaire, par ébullition, excluent la possibilité d'une intoxication par des fruits gâtés, des moisissures. Il s'agissait évidemment d'un poison corrosif, le plomb des soudures étant incapable d'expliquer les accidents intestinaux.

Avant de souder le couvercle des boîtes de conserves, les fabricants américains ont l'habitude de le fixer dans sa rainure au moyen d'un amalgame de chlorhydrate de zinc liquide.

L'acide de cet amalgame attaque l'étamage (ainsi qu'en témoigne l'aspect dépoli de la boîte seulement au voisinage du couvercle) et donne lieu à un sel double de zinc et d'étain, qui serait la cause des accidents.

L'action bien connue du chlore, comme agent de blanchiment, expliquerait l'aspect flétri et terne des tomates.

En l'absence d'analyses ayant mis hors de conteste la justesse de l'hypothèse de Johnson, les représentants de l'industrie des conserves soutiennent l'innocuité de l'acide chlorhydrique, dilué dans sept parties d'eau, tel, assurent-ils, qu'ils l'emploient pour fixer le couvercle des boîtes.

J. B.

I. — Die Massenerkrankungen in Chemnitz..... par FLINZER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Med., XXXIV, p.* 254).

II. — Ueber typhöse Erkrankungen durch Fleischgenuss, par Oscar WYSS (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte, mars, mai et septembre* 1881).

III. — Die Fleischvergiftung in Spreitenbach, par P. NIERIKER (*Idem n°* 20, *p.* 462, 15 *octobre* 1881).

IV. — Fleischvergiftungen (*Idem n°* 22, *p.* 761, 15 *novembre* 1882).

V. — Poisoning by diseased meat, par RUYSCH (*Sanitary Record, n°* 312, *p.* 124, *septembre* 1883).

VI. — Eine Fleischvergiftung, par FLINZER (*Viertelj. f. gericht. Med. u. œf Sanit. nouv. série, XL, p.* 318, *avril* 1884).

VII. — Weiterer Beitrag zur Lehre von der Fleischvergiftung, par FLINZER (*Idem XLI, p.* 97, *juillet* 1884).

VIII. — On the distinctive characteristics of an acute specific disease produced

by the eating of pork infected with a species bacillus, par Edward BALLARD et E. KLEIN (*Sanitary Record*, n° 289, *p.* 152, *octobre* 1881).

IX. — On some original researches respecting meat poisoning, par Charles-Meymoot TIDY (*Idem*, *p.* 153).

X. — Note sur un cas d'empoisonnement par du confit de dindé avarié, par DARNET (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 3, *p.* 23, 10 *janvier* 1884).

XI. — Resorcin bei acuter Fleischvergiftung, par Justus ANDEER (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 33, *p.* 504, 13 *août* 1883).

XII. — Zwei Fälle von Wurstvergiftung (Botulismus), par Emanuel ROTH (*Viertelj. f. g. M.*, *nouv. série XXXIX*, *p.* 241, *octobre* 1883).

XIII. — Vergiftung durch Fleisch und Fisch, par Hermann COHN (*Idem XXXVIII*, *p.* 190, *janvier* 1883).

XIV. — Ueber Fischvergiftung, par Julius SCHREIBER (*Berliner klin. Woch*, n° 11, *p.* 161, *et* n° 12, *p.* 183, 17 *et* 24 *mars* 1884).

XV. — Le champignon toxique de la morue sèche, par E. BERTHERAND (*Revue sanitaire de Bordeaux*, n° 7, *p.* 51, 10 *mars*, *et Rev. d'hygiène et de police sanitaire*, *VI*, 455, *mai* 1884).

XVI. — Poisoning from salmon in a bulged tin (*Sanitary Record*, n° 322, *p.* 21, *juillet* 1884).

XVII. — Poisoning by periwinkles, par James TURLE (*Idem*, n° 318, *p.* 355, *janvier* 1884).

I. — A la foire de Chemnitz (Saxe), en juillet 1879, dans l'espace de 2 jours, 241 personnes tombèrent malades après avoir mangé soit un hachis de bœuf cru, soit du saucisson dans lequel la même viande formait l'élément principal. Les malades étaient de tous âges et de tous sexes.

La gravité des symptômes fut proportionnelle à la quantité de viande ingérée, mais il suffit d'une quantité très minime pour provoquer les accidents.

La viande crue s'est montrée beaucoup plus nuisible que la cuite. L'examen microscopique et l'analyse chimique ont été impuissants à révéler la nature du poison morbide.

Deux femmes âgées de 70 ans ont seules succombé.

Bien que l'examen microscopique de sang des deux cadavres ait été complètement négatif, Flinzer est convaincu que cet empoisonnement collectif, comme celui de Wurzen (*R. S. M.*, XIV, 124) doit être rapporté au virus charbonneux, et qu'il s'agit ici de mycose intestinale bactéridique.

Si, en 1877, à Wurzen, les accidents ont été plus graves, c'est que la viande était putréfiée, tandis qu'à Chemnitz elle était fraîche.

Le comité vétérinaire de Dresde n'est pas de l'avis de Flinzer. Pour lui, on ne peut citer aucun empoisonnement collectif chez l'homme, survenu à la suite d'ingestion de viandes charbonneuses.

L'épidémie de Wurzen n'est pas plus probante à cet égard que celle de Chemnitz.

Le comité fait ressortir en revanche l'analogie des symptômes d'intoxication observés en Saxe avec ceux signalés à Andelfingen, à Bregenz, à Kloten (*R. S. M.*, XV, 140, XX, 114), etc., et il en conclut à l'identité de cause. Dans toutes ces circonstances, on s'est trouvé vraisemblablement en présence d'un empoisonnement septicémique. A Chemnitz, en particulier, le boucher inculpé n'a pu fournir d'explications satisfaisantes sur l'usage qu'il avait fait d'une vache pommelière dont les poumons étaient suppurés.

II. — Les 40 cas d'empoisonnement décrits par Wyss ont été causés par de la viande de veau. Les personnes atteintes habitaient cinq villages limitrophes des cantons de Zurich et d'Argovie, et les accidents se sont produits simultanément à la fin de juin et au commencement de juillet 1880.

Tous les âges et les deux sexes étaient représentés parmi les malades, mais l'intensité des symptômes morbides varia beaucoup. A cet égard, on peut établir trois groupes. Le moins nombreux est formé par des catarrhes gastro-intestinaux simples, qui ont évolué en 1 à 3 jours, sans médecin ni alitement. Dans le deuxième groupe, les phénomènes initiaux ont été les mêmes, mais du 3e au 5e jour sont survenus de la fièvre et des symptômes typhoïdes. Enfin, chez les malades du troisième groupe, le début des accidents a tardé jusqu'au 4e ou 6e jour, mais l'état typhoïde s'est installé d'emblée, sans être précédé de gastro-entérite ; ici la constipation était la règle.

Sur les 29 malades observés, 4 ont succombé : un homme de 62 ans et 3 enfants.

L'enquête a révélé des particularités très curieuses sur l'étiologie des accidents. 13 personnes ont mangé impunément la même viande, dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'abatage de l'animal, qui était d'ailleurs parfaitement sain. Au contraire, tous les consommateurs du quatrième jour, ceux surtout qui ont mangé la viande à l'état cru, ont été plus ou moins malades. Voici en effet ce qui s'était passé. L'un des bouchers, acquéreur des tripes de cet animal, avait abattu 3 jours auparavant un veau malade dont une partie de la viande fut consommée immédiatement sans donner lieu à accidents. Le reste de cette viande fut converti en saucisses et placé dans le même baquet où furent déposées plus tard les tripes du veau sain. Celles-ci se sont donc altérées au contact d'une viande provenant d'un animal malade et dont la putréfaction se trouvait en outre activée par les circonstances locales : local exigu, mal aéré, plus chaud que l'extérieur et donnant sur une fosse à purin.

Dans toute la contrée, il ne régnait alors ni fièvre typhoïde ni typhus, et le bétail y était exempt du charbon depuis vingt-deux ans.

D'après Wyss, l'empoisonnement par les viandes peut reconnaître trois origines : 1° viande d'animaux malades (charbon, par exemple); 2° viande simplement corrompue ; 3° viande ayant l'un et l'autre défaut, c'est-à-dire provenant d'un animal malade et corrompue en même temps.

Les troubles morbides consécutifs à l'ingestion de ces viandes sont au moins de deux espèces différentes : 1° des gastro-entérites, variant de la forme la plus bénigne à la plus grave et qui sont causées soit par les effets chimiques de substances septiques, soit aussi par l'effet de bac-

téries sur la muqueuse digestive. Dans certains cas même, il paraît se produire consécutivement une infection générale de l'économie.

2° Des maladies générales qui tantôt surviennent côte à côte avec les gastro-entérites, tantôt se montrent à leur suite, tantôt enfin sans elles. Eu égard à leur évolution, à leur symptomatologie, à leurs lésions cadavériques, on est autorisé aujourd'hui à classer ces maladies générales parmi les fièvres typhoïdes. Il reste à savoir s'il s'agit d'une identité réelle ou bien si l'affection typhoïde occasionnée par les viandes représente pour la fièvre typhoïde ce que la roséole et la varicelle représentent pour la rougeole et la variole.

En effet, la typhoïde déterminée par les viandes, comme d'ailleurs celle due aux eaux potables, offre certaines particularités qui la distinguent de la fièvre typhoïde classique : brièveté d'incubation, précocité et abondance de l'éruption rosée, bénignité et courte durée, contagiosité moindre.

III. — Nieriker rend compte d'une épidémie absolument analogue à celle de Wyss, quant à la symptomatologie, survenue en août 1881 et atteignant 40 personnes de l'un et de l'autre sexe, sans faire aucune victime.

La viande était celle d'une vache abattue pour métrite puerpérale. Elle fut débitée dans 72 familles et consommée par 120 personnes. Or, de ce nombre, seuls 40 consommateurs, appartenant à 22 familles, furent empoisonnés par cette viande, qui fut mangée cuite, à l'état encore frais. Les plus gravement malades ne furent pas ceux qui en avaient mangé le plus ou le plus tardivement, Pour toutes ces raisons, Nieriker se voit obligé d'admettre des prédispositions individuelles.

Les particularités propres à l'épidémie de Spreitenbach ont été l'absence fréquente d'hypertrophie splénique et des taches rosées, lesquelles n'ont jamais été très abondantes, la constipation plus commune que la diarrhée, le manque presque absolu de catarrhe bronchique et d'hémorragies.

En se basant sur cette épidémie, Nieriker conçoit de la façon suivante la pathogénie et la filiation des accidents d'intoxication par la viande. Le premier effet morbide est une infection locale due à l'irritation directe de la muqueuse du tube digestif, d'où une gastro-entérite. Puis, quand les vomissements et les selles n'ont pas complètement éliminé l'agent septique, se développe, après le temps d'incubation nécessaire à l'infection générale de l'économie, une fièvre typhoïde qui présente toutes les variétés d'intensité admises dans la typhoïde classique.

IV. — A la fin de juin 1882, dans deux villages du canton de Zurich, deux familles, composées chacune de 4 personnes, ont été prises d'une violente gastro-entérite qui les tint alitées 2 ou 3 semaines; seul l'enfant le plus jeune, âgé de 2 ans, succomba au milieu de convulsions le huitième jour. L'enquête fit découvrir que la viande provenait d'un veau mort de maladie.

V. — Ruysch relate l'empoisonnement de 200 habitants de Heesch, en Hollande, qui avaient mangé la viande d'une vache morte en vêlant et celle de ses veaux morts.

Tous les consommateurs ont été atteints et 3 ont succombé.

VI. — Une vache ayant été abattue pour métrite puerpérale, en août

1883, dans un village saxon, on se contenta d'enfouir l'utérus et les reins, qui étaient manifestement malades, livrant le reste de l'animal à la consommation.

Il se produisit de nombreux cas de gastro-entérite chez les consommateurs de cette viande, spécialement chez ceux qui l'avaient mangée crue ou simplement confite au vinaigre. Aucun des malades ne périt, et quelques-uns même des consommateurs demeurèrent complètement indemnes. Les symptômes débutèrent en général 8 ou 9 heures après le repas. Deux enseignements ressortent de cette épidémie : 1° les viscères sont aussi toxiques que la chair de l'animal ; 2° une cuisson parfaite semble faire perdre à la viande sa nocuité.

VII. — Relation de faits identiques par le même observateur.

VIII. — Ballard et Klein publient deux séries d'accidents identiques survenus à la suite d'ingestion de jambon cuit, dans le comté de Nottingham (Angleterre). A Welbeck, en juin 1880, il y eut 72 personnes infectées et 4 victimes ; à Nottingham même, en février 1881, 15 malades, dont un succomba. Dans l'une et l'autre localité, bon nombre de consommateurs n'éprouvèrent aucune suite fâcheuse ; mais, d'autre part, jamais dans aucune famille un membre ne fut atteint sans que tous les autres le fussent en même temps.

La période d'incubation a varié de 24 à 36 heures, et la physionomie des deux épidémies a été absolument semblable. Le début s'est fait, suivant les cas, par des frissons, des étourdissements, de la prostration ou des douleurs dans la poitrine, le dos ou le ventre. Puis, tôt ou tard, sont toujours apparus des coliques et une diarrhée fétide, le plus habituellement aussi, des vomissements. La faiblesse musculaire était au nombre des phénomènes les plus précoces et les plus marqués. Quelques malades ont offert des troubles nerveux : crampes, flexion convulsive des mains ou des doigts, sopor, hallucinations, etc. Les autopsies faites à Welbeck ont été très incomplètes : on y a signalé de la congestion pulmonaire. Les reins présentaient les lésions suivantes : inflammation du parenchyme ; obstruction des vaisseaux afférents et des capillaires glomérulaires par des masses de bacilles.

Les restes des jambons qui avaient produit les accidents, de même que les jambons salés, de provenance américaine, encore chez le marchand, renfermaient les mêmes bacilles ainsi que leurs spores, au sein des fibres musculaires et du tissu inter-musculaire.

Dans l'épidémie de Nottingham, il ne restait pas de viande à examiner, mais l'unique autopsie fut plus complète : vastes hémorragies dans le parenchyme et les alvéoles pulmonaires, hépatite interstitielle légère, inflammation des glandes de Payer. Dans les reins, les capillaires de nombreux glomérules étaient devenus imperméables grâce à une prolifération de noyaux ; quelques tubes contournés contenaient soit du sang extravasé, soit des cylindres. Bacilles dans le liquide exprimé des poumons, dans le sang du cœur, dans les tuniques de l'estomac et de l'iléon, ainsi que dans la rate et les reins.

Des expériences ont été instituées sur les animaux, en les alimentant avec les liquides provenant des victimes de Welbeck et de Nottingham, ou en leur inoculant ces liquides ou seulement les bacilles dérivant de cultures. La plupart des animaux ont éprouvé des accidents auxquel

quelques-uns ont succombé. A leur autopsie, on a toujours trouvé les mêmes lésions. L'altération la plus commune consistait en inflammation ou hémorragies du poumon; fréquemment aussi, il y avait des hémorragies du foie, de l'hypertrophie hépato-splénique, de l'inflammation des séreuses. Les bacilles ont été constatés dans le sang et les exsudats de quelques-uns de ces animaux.

IX. — Tidy signale 5 cas d'intoxication par des saucisses de porc, qui se sont tous favorablement terminés. Un examen microscopique soigneux de cette charcuterie ne révéla rien; en revanche, par un traitement chimique, il en obtint des cristaux définis dont l'action fut essayée sur deux souris qui périrent dans les 24 heures.

Tidy pense que si un certain nombre d'accidents dus aux viandes peuvent s'expliquer par la présence de micro-organismes, il en est d'autres, tels que ceux observés par lui, dont les symptômes rappellent les effets de certains alcaloïdes.

A cet égard, il a fait une série d'expériences sur l'action physiologique d'extraits alcooliques d'estomacs de personnes ayant succombé à des maladies diverses. En les traitant par le chloroforme, il a réussi parfois à en isoler un corps cristallin et certains de ces extraits se sont montrés extrêmement toxiques pour les souris.

X. — Quatre personnes furent prises d'accidents toxiques pour avoir mangé au mois de juillet de la dinde confite en mars. La viande fut trouvée excellente.

A l'examen du contenu du pot de conserve, on reconnut que les morceaux de dinde qui n'étaient pas complètement entourés de graisse offraient des plaques vertes ou jaunâtres, selon les points. Darnet y découvrit une couche de penicillium glaucum auquel il attribue les accidents éprouvés.

Dans la discussion de la Société d'hygiène de Bordeaux, Layet, faisant remarquer qu'on n'est pas encore d'accord pour attribuer des propriétés nocives au penicillium et à l'aspergillus, se demande s'il ne s'agirait pas plutôt ici d'un empoisonnement par des ptomaïnes.

XI. — Seize individus, appartenant à deux familles, tombent malades pour avoir mangé la viande d'un jeune bœuf crevé et déjà enfoui. Les uns la consommèrent rôtie, les autres bouillie. Tous éprouvèrent des accidents dont la gravité et la précocité furent proportionnées à la quantité ingérée, de sorte que les enfants les plus jeunes furent les plus tardivement et les moins sérieusement atteints.

La viande cuite cause des accidents avait un aspect marbré, offrant sur les coupes, une alternance de points rosés ou blancs avec de vastes plaques brunâtres à odeur spéciale.

Andeer prescrivit la résorcine. Dès le lendemain matin, tous ses malades se levaient, et le troisième jour du traitement il ne leur restait plus de phénomènes morbides.

Dans l'autre famille, qui ne fut pas soumise à cette médication, la convalescence des malades n'arriva qu'au bout de 2 ou 3 semaines et fut suivie d'une faiblesse persistante.

Andeer s'explique les bons résultats de la résorcine par la suppression des symptômes cholériformes ; c'est là un effet du médicament qui a été également constaté par Soltmann chez les enfants et par Todtenhœfer.

XII. — Roth relate 2 séries de cas d'empoisonnement par les viandes, survenus dans deux familles.

Roth explique les accidents par une mycose due à l'aspergillus. Cette

mucédinée a trouvé un sol nourricier propice au sein du milieu acide constitué par le vinaigre dans la première série du cas et par le lait aigri dans la seconde. Roth ne semble pas attacher d'importance aux ptomaïnes découvertes dans les autopsies.

XIII. — Dans les 4 faits observés par Cohn, ce sont les troubles visuels qui prédominaient.

XIV.— Une famille, composée de 7 personnes, mange en juillet du poisson (tanche) confit depuis quelques jours dans du vinaigre. La fille aînée, lui ayant trouvé un mauvais goût et un vilain aspect rose sale par places, choisit pour son père les morceaux qui lui paraissent moins altérés. Tandis que le père n'éprouve aucun accident, le lendemain les six autres membres de la famille sont brusquement pris de nausées et de vomissements répétés qui cessent après l'administration d'un émétique et d'un drastique.

Le 2e jour, tous les malades ressentent de la sécheresse de la gorge et ont la vue trouble; ces symptômes augmentent de jour en jour; bientôt il s'y joint de la dysphagie, de la diplopie, de la lourdeur et de la faiblesse des membres.

Schreiber voit les malades le 9e jour. La mère, chez qui les accidents sont le plus prononcés, présente les troubles suivants : légère cyanose des joues; pouls régulier et normal de fréquence; respiration calme; constriction de la gorge. Impossibilité de relever les paupières; pupilles dilatées et ne réagissant pas. Paralysie des moteurs oculaires communs. La vision de près seule est obscurcie. Parésie du voile palatin, voix nasonnée; voile du palais et pharynx recouverts d'un enduit blanchâtre, onctueux, adhérent, ressemblant à une fausse membrane diphtéritique, mais plus granuleux. Réflexe pharyngien disparu. La déglutition n'est possible qu'au prix d'efforts extrêmes et toujours avec danger d'avaler de travers. Constipation opiniâtre. Urines normales.

Dès le lendemain (10e jour des accidents), cette femme succombe brusquement, en pleine connaissance, au milieu de dyspnée et de cyanose.

La fille aînée, âgée de 32 ans, avait, dès le 12e jour, une dysphagie telle qu'il fallut depuis lors l'alimenter par la sonde. Le 16e jour, elle commença à avoir des accès de dyspnée paralytique qui l'emportèrent subitement le 24e jour. La température et la miction étaient restées normales, la constipation était absolue. L'autopsie fut négative, de même que l'examen microscopique du bulbe, de la moelle et des nerfs moteurs oculaires et glosso-pharyngiens.

Les autres malades eurent des accidents analogues, mais moindres. Chez eux, la paralysie de la déglutition et des pupilles persistaient encore partiellement au bout de 4 semaines.

Schreiber relève la ressemblance de ces accidents avec la diphtérie et l'atropinisme, qui, l'un et l'autre, peuvent être exclus, en raison des commémoratifs. D'autre part, cette symptomatologie s'éloigne sur quelques points de la description de l'empoisonnement par les poissons, telle que l'ont donnée Boehm et Husemann et se rapproche au contraire beaucoup du botulisme.

Il résulte des observations antérieures que c'est surtout le poisson conservé à l'abri de l'air, quelle qu'en soit d'ailleurs l'espèce, qui occasionne les empoisonnements. Or, on sait que, sous l'influence de la soustraction de l'oxygène atmosphérique, les substances albuminoïdes subissent une décomposition graduelle donnant lieu à des matières toxiques variées, très énergiques, en un mot à des ptomaïnes.

Le traitement de ces accidents présente deux indications essentielles : 1° évacuer le contenu de l'estomac et de l'intestin par la voie la plus ra-

pide, au moyen de la pompe et de lavements ; 2° alimenter artificiellement les malades.

XV. — Bertherand et un de ses collègues, après avoir mangé de la morue, ont été pris de symptômes gastro-intestinaux, consistant en douleurs suraiguës dans l'estomac, vomissements bilieux incessants, diarrhée profuse et infecte avec ténesme, collapsus, soif, ardente dysphagie, goût âcre, sensation de brûlure tout le long de l'œsophage, crampes universelles, refroidissement des extrémités.

La morue non encore apprêtée avait une odeur putride peu marquée, mais en revanche une couleur vermillon très prononcée due à la présence d'une moisissure du genre *coniothecium*. En outre, avec cette morue, on obtint la réaction caractéristique des ptomaïnes.

Des chiens et des lapins auxquels on fit manger cette morue n'ont ressenti aucun malaise. Cette altération n'a été rencontrée que dans la morue *verte* et jamais dans la *petite* morue d'*Espagne*.

XVI. — A Wolverhampton, une femme et ses deux enfants mangent du saumon conservé en boîte. Le fils, âgé de 18 ans, après avoir eu des coliques, des vomissements, du refroidissement des extrémités, etc., meurt le lendemain matin.

Sa mère et sa sœur, qui avaient très peu consommé de poisson, tombent malades un peu plus tard ; néanmoins la mère, une femme de 51 ans, offre dès le début des phénomènes d'une gravité extrême et elle succombe le 3e jour.

La fille, âgée de 18 ans, fut longtemps à se remettre.

L'analyse chimique des viscères des 2 victimes ne fournit que des résultats négatifs.

Mais la boîte de conserves qui avait été la cause des accidents était convexe, bombée en dehors sur les faces, au lieu d'être concave, ce qui indique une pression exercée de l'intérieur par les gaz résultant de la décomposition. Le peu de poisson restant n'offrit rien à l'analyse chimique, mais deux souris à qui on en donna quelques parcelles ne tardèrent pas à périr.

XVII. — Des bigorneaux avaient été vendus à bas prix sur le marché de Finchley. Un boulanger âgé de 28 ans, bien portant, est pris, 4 heures après avoir mangé une poignée de ces mollusques, de coliques atroces, nausées, etc., et il meurt en 30 heures.

11 autres personnes avaient acheté des bigorneaux auprès du même marchand ; quelques-unes les avaient jetés, ne les trouvant pas bons, et 3 avaient eu des coliques et de la diarrhée.

(*R. S. M.*, I, 279; II, 279, 821 et 822; V, 646; VII, 545; XIV, 124 et 513; XV, 101 ; XVIII, 665 ; XIX, 719.) J. B.

A case of poisoning by the ingestion of tainted meat (Empoisonnement par les viandes corrompues), par J.-Hawtrey BENSON (*The Dublin journ. of med. Sc., p.* 226, *mars* 1884).

Observation intéressante, en ce qu'elle a trait à un médecin distingué, ayant suivi pas à pas les phases de l'empoisonnement. Il s'agit d'une indigestion par du gibier faisandé, vraisemblablement dûe à l'absorption de ptomaïnes. Le caractère dominant de cet empoisonnement a été le collapsus cardiaque, la diminution d'énergie des battements du cœur, la petitesse du pouls, qui était à peine perceptible : tous ces phénomènes

l'emportaient de beaucoup sur les symptômes d'irritation gastro-intestinale. Le traitement le plus utile fut l'alcool et les diaphorétiques : au bout de 36 heures il ne restait plus trace de ces accidents. H. R.

Ueber Fäulniss-Alcaloïde des gekochten Fleisches und des Fischfleisches (Des alcaloïdes de la putréfaction de la viande cuite et de la viande de poisson), par MAAS (*Fortschritte der Medicin*, n° 22, 1884).

Maas a déjà exposé (*R. S. M.*, t. XXV, p. 43), le résultat de ses recherches sur les alcaloïdes de la putréfaction ; il les complète dans un nouvel article, dans lequel il démontre que dans une viande absolument pure, soumise à la coction, puis abandonnée à elle-même dans un milieu propre à la putréfaction, il se développe plusieurs alcaloïdes différents ; ils se forment aussi rapidement, peut-être plus vite que dans une viande crue ; parmi ces alcaloïdes, deux sont solubles dans l'éther, un autre, en plus grande quantité, se dissout dans l'alcool amylique.

Celui-ci agit de la même façon sur les animaux à sang chaud et les animaux à sang froid, en produisant des convulsions toniques et cloniques, une vive dyspnée et un ralentissement très accusé des battements cardiaques.

Il existe encore un autre alcaloïde soluble dans le chloroforme, qui détermine des effets analogues à ceux du précédent. Fait intéressant, parfois les effets toxiques ne se produisent qu'après un certain temps, qui peut aller jusqu'à 24 heures.

Ces alcaloïdes se forment plus facilement et en plus grande quantité dans la viande de veau ; ils se forment également dans la viande de poisson, et les symptômes observés à la suite d'ingestion de poissons pourris, douleurs stomacales, chaleur et sécheresse de la gorge, diarrhée avec ténesme, troubles de la vue, vertiges, quelquefois paralysie, ressemblent dans une certaine mesure aux phénomènes produits expérimentalement par ces divers alcaloïdes.

Il n'agissent pas tous également sur les mêmes animaux, mais ils déterminent à peu près les mêmes phénomènes, convulsions toniques et cloniques, paralysies du mouvement et de la sensibilité, dyspnée et mort par arrêt de la respiration et ralentissement des battements du cœur ; ces effets sont semblables à ceux déterminés par les alcaloïdes de la putréfaction. W. OETTINGER.

I. — On the relation between the specific gravity, the fat, and the solids non fat in milk, par E.-F. WILLOUGHBY (*Sanitary Record*, n° 300, *p.* 92, *septembre* 1882).

II. — La nourriture des vaches laitières et son influence sur la composition du lait, par Ch. GIRARD (*Revue d'hygiène*, *VI*, 361, *mai* 1884).

III. — Influence de la nourriture des vaches sur la composition du lait, par BARON (*Idem*, 590, *juillet* 1884).

IV. — Typhoid fever and infected milk, par Elgar BUCK (*Sanitary Record*, n° 297, *p.* 505, *juin* 1882).

V. — The cost of milk adulteration, par WYNTER BLYTH (*Idem*, n° 321, *p.* 591, *juin* 1884).

VI. — Ministeriell Verfügung vom 28 Januar 1884, betreffend die Regelung des Verkehrs mit Milch (*Viertelj. für gerichtliche Med.*, avril 1884).

I. — Voici le procédé qu'a imaginé Hehner pour effectuer rapidement le contrôle quotidien du lait servant à l'approvisionnement urbain.

Admettant que la proportion des matières solides non grasses élève la densité G du lait de la quantité S au-dessus de 1,000, tandis qu'au contraire chaque proportion de graisse F l'abaisse de la quantité f, on a :

$$Ss - Ff = G.$$

D'autre part, on sait que :

$$F + S = T \text{ (total des éléments solides).}$$

Substituant alors dans la première équation à F sa valeur T — S, tirée de la seconde équation, on aura :

$$Ss - (T - S)f = G$$
$$Ss - Tf + Sf = G$$
$$Ss + SF = G + Tf; \text{ d'où } S = \frac{G + Tf}{s + f},$$

c'est-à-dire qu'on obtiendra la teneur du lait en matières solides non grasses, en ajoutant au poids spécifique du lait (c'est-à-dire à l'excès de poids de 1,000 volumes de lait sur 1,000 volumes d'eau), la quantité totale des matières solides multipliée par le poids de chaque proportion de graisse et en divisant la somme par la somme des poids de 1 0/0 de matières solides non grasses et de matières solides grasses.

Si les facteurs s et f étaient déterminés, on pourrait en déduire la proportion correspondante à chacun d'eux, dans un échantillon donné, dont on connaîtrait seulement le poids spécifique et la totalité des matières solides.

Hehner a donc recherché, au moyen d'un grand nombre d'analyses, la valeur des deux facteurs en question. Il a trouvé que $s = 3,605$, c'est-à-dire que chaque proportion de matières solides non grasses élève le poids du lait de cette quantité moyenne, ce qui est également vrai, que le lait soit complètement écrémé ou au contraire extrêmement riche en graisse. D'autre part, il a trouvé que $f = 0,725$. Donc $s + f = 4,33$.

D'où il résulte qu'en multipliant le chiffre total des matières solides par 0,725, en ajoutant le produit au chiffre représentant la densité du lait et en divisant la somme par 4,33, on obtient la teneur du lait en matières solides non grasses ; qu'il suffit de soustraire du chiffre total des matières solides pour connaître la proportion des matières grasses.

II. — Les vaches produisent le meilleur lait quand elles paissent dans les champs. Le foin, la paille, les plantes ou graines légumineuses, les graines céréales donnent encore un lait de bonne qualité. En revanche, les résidus de certaines industries (tourteaux, drêches, pulpes de betteraves) doivent être écartés, tout autant pour leurs propriétés souvent nuisibles que pour le lait médiocre et aqueux qu'ils font produire aux vaches.

Une nourriture trop sèche donne un lait crémeux et peu abondant; une

nourriture trop aqueuse le donne abondant, mais peu riche en beurre et en caséine.

Dans les campagnes, on donne environ l'équivalent de 3 kilos de foin pour 100 kilos du poids vif des vaches. Les nourrisseurs de Paris, pour suractiver la production du lait, donnent l'équivalent de 5 kilos de foin par 100 kilos de poids de la bête. De plus, ils recherchent une nourriture très aqueuse, en donnant aux vaches des eaux de vaisselle, des litières de chevaux et des substances sèches qui les poussent à boire.

Parmi les diverses races de vaches, les meilleures laitières sont par ordre décroissant : 1° flamandes et hollandaises; 2° cotentines et picardes; 3° suisses, comtoises et bressanes; 4° cantalaises et pyrénéennes; 5° limousines et mancelles.

Les tourteaux sont le meilleur résidu industriel pour nourrir les vaches, mais ils donnent quelquefois un mauvais goût au lait. Administrés en petite quantité et à l'état frais, ils augmentent la proportion des matières grasses du lait.

L'alimentation exclusive avec des drêches offre un quintuple inconvénient : 1° poids exagéré 90k,600; 2° proportion énorme d'eau, 66 litres; 3° proportion considérable de substances minérales insolubles, près de 1 kilo; 4° présence de près de 600 grammes d'acide acétique correspondant à 10 litres de vinaigre ordinaire, d'où un un lait acide au sortir du pis; 5° composition très variable du lait.

Les pulpes de betteraves sont encore moins nutritives et plus acides que la drêche. Il en faudrait par jour 150k,764 contenant 119k,884 d'eau et 3k,5 de matières minérales insolubles et plus d'un kilo d'acide acétique.

Les pulpes sont très avantageuses pour l'engraissement. Le lait qu'on obtient ainsi est abondant, mais offre une grande tendance à la coagulation spontanée. De plus, le beurre est de mauvaise qualité et les vaches épuisées dépérissent. Tel est le témoignage unanime des agriculteurs consultés par Girard.

Le travail de l'auteur reproduit une lettre de Wigner, président de la Société des analystes publics, qui révèle l'étendue des falsifications du lait à Londres. D'après le Local government Board, les vingt-quatre centièmes du lait acheté en 1882 par les inspecteurs étaient falsifiés.

De son côté, Wigner, après s'être assuré que le lait est normal à son arrivée dans les gares, est allé immédiatement après prélever 300 échantillons de lait chez autant de débitants de lait des divers quartiers de Londres.

97 seulement de ces échantillons présentaient la qualité la plus inférieure du lait au moment de son arrivée en gare. Les 203 autres échantillons étaient falsifiés. Autrement dit, les deux tiers des débitants avaient mouillé (jusqu'à 61 0/0 d'eau), écrémé, ou mouillé et écrémé en même temps le lait qu'ils vendaient. Wigner estime à 8,900,000 francs la somme annuelle payée indument par les habitants de Londres pour du lait sophistiqué.

III. — D'expériences faites à l'étable de l'Enfant-Jésus à Charenton, Baron conclut que les tourteaux de lin donnent une légère amertume au lait et que la drêche, non seulement est inoffensive, mais encore indispensable pour remplacer l'eau qui manque aux environs de Paris.

IV. — A l'infirmerie de Leicester sont survenus 12 cas de fièvre

typhoïde parmi les pensionnaires qui buvaient le lait sans être bouilli, la plupart d'entre eux se trouvant d'ailleurs à la diète exclusivement lactée. Au contraire la majorité de ceux qui buvaient le lait bouilli restèrent indemnes.

Le fournisseur de lait desservait uniquement l'infirmerie; durant cette épidémie, il succomba à une hémorragie typhoïdique.

Le puits de sa ferme était voisin d'une fosse d'aisance non étanche et qui débordait.

Une analyse montra que l'eau servant à laver les vases à lait était souillée par des matières de vidanges.

Sans rien modifier aux eaux potables ni aux égouts de l'infirmerie, il suffit de changer l'approvisionnement du lait pour mettre fin à l'épidémie.

V.— A Londres, la paroisse de Saint-Marylebone, qui compte 155,000 habitants, reçoit un approvisionnement quotidien de 21,156 litres de lait pour le prix de 7,750 francs.

Or, en 1882, un tiers des échantillons de lait analysés étaient adultérés; en 1883, sur 23 échantillons, plus d'un tiers contenaient des quantités d'eau s'élevant jusqu'à 30 0/0. Blyth calcule que les consommateurs qui payent cette eau de mouillage au prix du lait dépensent de ce chef en trop 250,000 francs par an.

VI. — L'édiction d'un règlement uniforme sur le commerce du lait, devant s'appliquer à tout l'empire allemand, ou même seulement à la Prusse, paraissant impraticable, vu les variations de composition de ce liquide, suivant l'alimentation des vaches et suivant leur race, la circulaire ministérielle prussienne, laissant le soin de cette réglementation à la police municipale, se contente d'établir quelques principes qui devront servir de guides pour les autorités.

A. *Traitement du lait chez le producteur et le débitant.* On devra soumettre le lait à une réfrigération pour l'empêcher de tourner. On exclura l'usage de récipients en cuivre, en laiton, en zinc, en faïence mal vernissée ou en fonte à émail plombifère.

Les personnes qui se trouvent en relations avec des malades atteints d'affections contagieuses doivent s'abstenir de manipuler le lait.

Les locaux où le lait est conservé ou débité doivent être propres, aérés et placés à distance des chambres à coucher et des chambres de malades. Chez le débitant, tous les vases doivent être tenus fermés.

Les récipients seront lavés avec de la vapeur d'eau et essuyés avec une serviette.

B. *Contrôle de la police.* La circulaire décrit la procédure à suivre et les précautions à prendre dans l'évaluation de la densité du lait. Pour le lait entier non écrémé, elle oscille entre 1,029 et 1,034. Pour le lait mixte ou demi-écrémé, résultant du mélange de la traite du soir, écrémée, avec le lait entier du matin, la densité varie de 1,031 à 1,036. Enfin, pour le lait complètement écrémé ou lait maigre, elle est comprise entre 1,032 et 1,037, soit en moyenne 1,0345.

Mais la densité du lait ne constitue pas toujours un contrôle suffisant de sa composition. Il faut alors doser la proportion de crème, opération qui doit être confiée à des employés spéciaux et qu'on effectuera avec le crémomètre Chevallier. Ici la circulaire expose la manière de se servir de cet instrument et les indications qu'on en peut retirer.

Le lait complètement écrémé est seulement impropre à l'alimentation des enfants; il ne saurait être absolument exclu du marché. Pour éviter toute erreur, on obligera les laitiers à inscrire d'une façon indélébile sur leurs vases, laquelle des 3 sortes de lait ils contiennent.

Doivent être considérés comme dangereux pour la santé, le lait amer, le lait mucilagineux, le lait bleu ou rouge, le lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse, de pommelière, de variole, de jaunisse, de charbon symptomatique, de mammite, de métrite septique, de dysenterie, de pyohémie, de septicémie, d'intoxications, de pustule maligne ou de rage, ainsi que le lait de toutes les bêtes médicamentées et le colostrum d'avant et d'après le vêlage.

On prohibera l'emploi des agents conservateurs du lait : carbonate de soude, acides salicylique ou borique et leurs sels.

C. *Contrôle définitif.* Il s'effectue dans un laboratoire de chimie. Dans les cas douteux, l'expert doit d'abord recommencer l'examen du lait entrepris sur les lieux de débit (densité). Après s'être assuré de sa réaction, il dosera les matières grasses et le résidu sec.

Dans le lait entier, la graisse s'élève en moyenne à 3,30 0/0, la limite inférieure devant être fixée à 2,4.

Le lait demi-écrémé, renferme moitié moins de matières grasses : on en trouve généralement moins de 1,5 0/0.

Dans le lait maigre, si l'écrémage a été obtenu par simple repos, la moyenne de la graisse est de 0,7 0/0, tandis qu'elle n'est que de 0,3 0/0 si l'écrémage a eu lieu à l'aide de la machine centrifuge.

Dans le lait entier, le résidu sec forme en moyenne 12,25 0/0, pouvant osciller de 11 à 14. On ne devra jamais accepter moins de 10,9.

Dans le lait demi-écrémé, le résidu sec est diminué de 1 1/2 à 2 0/0.

D. *Épreuve à l'étable.* On entend par là l'examen du liquide obtenu par mélange de toutes les traites de la vache ou des vaches ayant fourni le lait de composition suspecte. Cette épreuve, qui a lieu sur place, doit être pratiquée au plus tard dans les 3 jours, en s'assurant que l'alimentation des bêtes n'ait pas été changée subrepticement, afin de diminuer la qualité de leur lait.

L'épreuve à l'étable est indispensable en cas de réclamation du marchand. Elle ne lui est favorable qu'autant que dans les deux échantillons de lait, l'un suspect, l'autre pris à l'étable, la densité ne diffère pas de plus de 2 degrés, la proportion de graisse de plus de 0,3 0/0 et celle du résidu sec de plus de 1 0/0. J. B.

I. — **Zwei Fälle von Trichinosis, par SURY-BIENZ** (*Corresp.-Blatt für schw. Aerzte*, 1er *et* 15 *juin* 1883).

II. — **Ueber die im Jahre 1881 in Preussen auf Trichinen..... par H. EULENBERG** (*Vierteljahr. für gerichtliche Medicin, octobre* 1882).

III. — **Ueber die im Jahre 1882..... par H. EULENBERG** (*Idem, XXXIX, p.* 335, *octobre* 1883).

IV. — **Die amerikanischen Speckseiten vor dem Deutschen Reichstage, par RUPPRECHT** (*Idem, p.* 133, *juillet* 1883).

V. — **Ministeriell-Verfügung vom 28 Februar 1884, betreffend die Epidemie von Trichinosis in Emersleben** (*Idem, XL, p.* 431, *avril* 1884).

VI. — Rapport sur l'importation des viandes de porc salées de provenance américaine, par BOULEY (*Recueil des travaux du comité d'hyg. publ.*, *XIII*, *p.* 391).

VII. — Discussion de la Société de médecine publique (*Revue d'hygiène, février à mai 1884*).

VIII. — La trichine et la trichinose, par Joannès CHATIN (*Paris*, 1883).

IX. — Detecting Trichinæ in meat (*Sanitary Record*, *n°* 319, *p.* 499, *avril* 1884).

I. — Jusqu'ici, dans la Suisse allemande, on n'avait observé la trichinose humaine que *post mortem*. Sury-Bienz publie les deux premiers cas rencontrés sur le vivant ; leur intérêt est d'autant plus grand que les malades ont été suivis dès la phase latente de l'infection.

Durant la période latente, le plus malade a refusé toute médication, sauf 1 gramme de calomel. Une fois la maladie confirmée, Sury l'a traité d'abord par les évacuants (calomel et jalap, 1 gramme de chaque en 4 doses, de demi-heure en demi-heure) ensuite par la glycérine (2 cuillerées par jour), par la térébenthine (3 grammes par jour), et enfin par la benzine. La quinine s'est montrée complètement impuissante contre la fièvre.

D'après *Siegmund*, sur les 2,000 porcs soumis à l'examen microscopique en 1879 et 1880 à l'abattoir de Bâle, un seul d'entre eux a été trouvé trichiné ; il provenait, avec 44 autres, de Berlin.

Pour Siegmund, la seule mesure prophylactique contre la trichinose réside dans une cuisson parfaite de la viande : l'examen microscopique obligatoire est à la fois coûteux et peu sûr. On ne peut examiner consciencieusement plus de 8 porcs par jour.

II. — En 1881, les 18,581 inspecteurs des 31 districts prussiens qui ont fourni des renseignements statistiques ont examiné 3,118,780 porcs (chiffre inférieur à celui des deux années antérieures, *R. S. M.*, XXI, 179), sur lesquels 11,540 étaient atteints de ladrerie et 1,695, soit 1 sur 1839, de trichinose. C'est dans la Silésie que la ladrerie des porcs est le plus commune.

Eulenberg estime qu'il est urgent d'introduire une réglementation uniforme de l'inspection microscopique afin de faire cesser les contradictions entre les ordonnances des divers districts et de faire disparaître la différence des frais d'inspection qui nuit au commerce.

A Berlin, on a eu connaissance de 15 cas de trichinose humaine, dont 2 mortels. Mais les plus fortes épidémies ont été celles d'Hettstädt (district de Merseburg), comprenant 120 cas parmi des mineurs, et celle de Bleicherode (district d'Erfurt), comprenant 39 cas. L'une et l'autre ont été causées par du hachis consommé cru et n'ont donné lieu à aucun décès.

III. — En 1882, les 20,140 inspecteurs des 33 districts de Prusse sur lesquels on possède des renseignements ont examiné 3,808,142 porcs, chiffre de beaucoup supérieur à celui des deux années précédentes. Néanmoins, grâce sans doute à la prohibition d'importer des porcs de Russie et d'Amérique, la proportion des animaux trichinés est tombée à 1 sur 2,056.

13,564 porcs étaient atteints de ladrerie, ce qui représente une propor-

tion de 1 sur 207, au lieu de 1 sur 271, qui était la proportion pour l'année 1881.

Le rapport d'Eulenberg cite environ 80 cas de trichinose chez l'homme, avec un seul décès.

A Berlin, à trois reprises, on a eu connaissance d'accidents semblables.

A Cologne, 60 soldats de la garnison ont été infectés par une viande vendue clandestinement ; tous ont guéri.

IV. — Rupprecht, qui a décrit l'épidémie de trichinose survenue à Hettstädt en 1863 (156 cas, dont 27 mortels), est partisan des mesures prohibitives prises contre les viandes américaines. Les flèches de lard elles-mêmes sont dangereuses, car les bouchers des États-Unis laissent toujours apprendue à la graisse une bande maigre où se nichent les trichines.

Aux États-Unis, la trichinose porcine est près de cent fois plus commune qu'en Allemagne.

C'est un peu avant 1830 que la trichine a commencé à devenir assez commune en Allemagne. Or, c'est précisément à cette époque qu'on s'est mis à croiser les porcs indigènes avec des verrats anglais et chinois, les reproducteurs anglais étant eux-mêmes le résultat d'un croisement avec des porcs chinois.

En 1873, l'autopsie d'un vieillard dont les muscles renfermaient des trichines a permis à Rupprecht d'établir rétrospectivement la véritable nature d'une épidémie typhoïde survenue en août 1826 et qui avait causé 79 décès. Ce vieillard avait, ainsi que les autres personnes qui avaient mangé des saucisses, présenté, entre autres symptômes, de l'œdème de la face et de la raideur des muscles. Peu d'années auparavant, les premiers porcs chinois avaient été introduits dans la localité.

Depuis cette époque, la trichinose s'y est tellement propagée parmi les porcs indigènes, qu'aucune compagnie ne veut assurer ces animaux.

Le fait suivant montre qu'une salaison imparfaite suivie d'un fumage prolongé ne constitue pas des garanties sérieuses. Un jambon trichiné vieux de 18 mois, après avoir été plongé 14 jours dans la saumure, fut exposé à la fumée pendant 2 mois et badigeonné à plusieurs reprises avec de l'acide pyroligneux. Or, bien que ce jambon eût ainsi subi une préparation beaucoup plus complète que les fabricants américains n'ont coutume de le faire, en l'examinant, Rupprecht constata qu'à partir de 3 centimètres de profondeur les trichines qu'il renfermait étaient encore assez vivaces pour infecter un lapin et un cobaye.

V. — Voici les chiffre officiels sur l'épidémie d'Emersleben et alentours (septembre à décembre 1883).

Emersleben.....	270 cas	53 morts
Deesdorf.....	45 »	10 »
Nienhagen.....	80 »	1 »
Groeningen.....	4 »	2 »
Cloître de Groeningen	3 »	» »
Schwanebeck.....	1 »	» »
Total.....	403 cas	66 décès,

soit une mortalité de 13,9 0/0.

A Emersleben, le laps de temps écoulé entre l'ingestion de la viande et la mort varie entre 3 semaines et 13 semaines.

Beaucoup d'enfants ont été atteints, mais un seul, un garçon de 12 ans, se trouve parmi les décès.

Sur le cadavre d'un homme extrêmement obèse, les trichines étaient très rares dans les muscles et très nombreuses dans l'intestin.

Toutes les personnes qui avaient mangé au moins 125 grammes du hachis de porc à l'état cru ont succombé. (Voy. XX, 157.)

VI. — Consulté pour la cinquième fois sur la question, le comité consultatif d'hygiène publique croit devoir donner une nouvelle fois l'avis que l'importation des viandes salées de provenance américaine peut redevenir libre, comme avant le décret du 18 février 1881, sans aucun danger pour la santé publique.

VII. — La Société de médecine publique a voté les conclusions suivantes :

Quelles que soient les lacunes dans nos connaissances sur l'histoire naturelle de la trichine, la Société est d'avis que :

1° L'introduction en France de viande de porc sur pied ou fraîches, pouvant contenir des trichines, présente des dangers et réclame une surveillance active ;

2° L'introduction en France des viandes de porc salées d'Amérique du type *fully cured* n'offre aucun danger.

VIII. — J. Chatin a été chargé de la direction du laboratoire d'examen du Havre, dont les travaux, commencés le 30 mars 1881, ont duré près de 4 mois et porté sur plus d'un million de préparations microscopiques.

Comme il entre annuellement au Havre 112,000 caisses contenant vingt-huit millions de kilogrammes de salaisons américaines, l'auteur estime que 45 micrographes suffiraient à leur examen. L'expertise peut être faite *au lot*, *à la caisse*, *au morceau* ou *au demi-porc*.

L'expertise au lot est aussi préjudiciable au commerce qu'illusoire pour l'hygiène. En effet, quelle que soit l'importance du lot, on se borne à faire ouvrir un petit nombre de caisses dans lesquelles on prélève quelques morceaux. La présence de trichines dans un seul morceau suffit à faire repousser l'ensemble du lot, qui est au contraire intégralement accepté si le résultat de l'examen a été négatif.

Dans l'expertise à la caisse, toutes les caisses sont ouvertes et tous les morceaux examinés. La présence d'un seul échantillon trichiné entraîne la saisie de la caisse entière.

Dans l'expertise au morceau, on ne rejette que les morceaux trichinés. C'est le mode préféré par les négociants, mais il exige un nombreux personnel de micrographes et de surveillants. D'autre part, le prélèvement et l'enregistrement des échantillons, la saisie ultérieure des morceaux reconnus trichinés, entraînent des lenteurs, des erreurs, des fraudes et de nombreux dangers résultant des manipulations multiples des morceaux, pendant lesquelles des fragments se détachent et vont contagionner d'autres morceaux.

L'expertise au demi-porc aurait l'avantage de simplifier les recherches, parce qu'on ne serait pas exposé à examiner le même animal sous plusieurs états différents de coupes.

Un autre moyen de rendre les expertises plus rapides consisterait à

faire usage de l'appareil Malzac et Boissier, déjà employé pour l'examen des œufs de vers à soie. Cet instrument est un microscope à projection avec porte-objet circulaire, divisé en cases rayonnantes numérotées ; il a en outre un système spécial de mise au point.

Chatin a constaté l'existence de trichines dans le tissu adipeux et dans les tuniques de boyaux de porcs américains importées pour servir d'enveloppes à des saucisses préparées avec des viandes indigènes.

D'après lui, la salure, loin d'atténuer l'action nocive des viandes trichinées, a pour effet de l'exagérer en leur imprimant une résistance spéciale à la coction, qui n'offre d'ailleurs aucune garantie dès qu'il s'agit de morceaux volumineux.

En contrôlant, les uns par les autres, les résultats de l'expertise à la caisse et ceux de l'expertise au morceau, on voit qu'au Havre 14,65 0/0 des caisses ou fûts et 2 0/0 des morceaux étaient trichinés.

IX. — L'*American microscopical Journal* indique le procédé suivant pour la recherche des trichines dans la viande.

A la surface de divers muscles de la viande à examiner, on taille des tranches de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, sur lesquelles on pratique une série de coupes fines. On fait macérer toutes ces coupes pendant 10 minutes dans une solution aqueuse de vert de méthyle au trentième. On les décolore ensuite en les plongeant dans un vase rempli d'eau distillée où on les laisse une demi-heure, en agitant l'eau et en la changeant deux ou trois fois. Quand cette eau est devenue tout à fait limpide, on la remue avec une baguette de verre et on place le vase entre l'œil et la lumière. Les coupes contenant des trichines se distinguent alors facilement à l'œil nu, les trichines apparaissant sous la forme de particules allongées d'un beau bleu, parce que le vert de méthyle adhère avec plus de ténacité aux kystes trichinés qu'aux autres parties des tissus. Il suffit finalement d'examiner les coupes sous un grossissement de 50 diamètres pour distinguer les vers au sein des kystes.

Si, par ce procédé, on ne découvre aucune trichine, on peut affirmer que la viande n'est pas infectée. J. B.

Rapport sur la première décade d'observations météorologiques dans la garnison de Munich, par PORT (*Archiv für Hygiene, t. I*).

Ce rapport fort intéressant et appuyé sur un grand nombre de faits confirme les idées bien connues de l'auteur sur l'influence de l'eau du sol sur le typhus.

Il admet que la distance du niveau de cette eau sert d'index pour mesurer la gravité des épidémies.

« Lorsque le niveau est abaissé, on observe des infections graves qui, d'après l'expérience actuelle, peuvent fournir une mortalité de 28 0/0 des atteints ; lorsque le niveau est élevé, les infections sont tellement légères que la mortalité se rapproche de 0 ou à peu près. » C'est pourquoi la mortalité du typhus, même dans les circonstances les plus favorables, ne descend jamais au-dessous d'un certain chiffre, et qu'elle varie, pour une même méthode de traitement, de 2 à 28 0/0.

L'auteur n'accorde aucune influence ni à l'eau potable ni aux émana-

tions des fosses d'aisances : le seul coupable serait le sol imprégné de matières fécales.

Sous le nom de maladies climatiques, l'auteur désigne la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire; la courbe de la température de l'air joue le même rôle que la courbe du niveau de l'eau souterraine. Port arrive au résultat suivant : 1° que ces maladies manifestent dans les diverses années une très grande diversité de fréquence et de gravité; 2° que les oscillations sont identiques pour la pneumonie et la pleurésie et diffèrent pour le rhumatisme articulaire; 3° que la dépendance vis-à-vis des météores se traduit par la multiplication en hiver, la diminution en été; 4° qu'elles ne sont pas également répandues dans les casernes, mais qu'elles apparaissent de préférence dans certaines casernes. C. ZUBER.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **The brain of a criminal lunatic, par D. FERRIER** (*Brain, p.* 62, *avril* 1882).

II. — **Arrested growth of the left arm and leg in an epileptic patient : localised absence of gray malter in the motor area of the opposite cerebral hemisphere, par M. D. MAC LEOD** (*Ibid., p.* 540, *janvier* 1882).

III. — **Zur Kenntniss der motorischen Hirnfunctionen, par ROSENTHAL** (*Wien. med. Jahrb. Heft III, p.* 449, 1882).

IV. — **Labioglosso pharyngeal paralysis of cerebral origin, par James ROSS** (*Brain, p.* 145, *juillet* 1882).

V. — **Left hemiplegia and left sided deafsness after wound of brain trough right orbit, par H. DONKIN** (*Ibid., p.* 554, *janvier* 1883).

VI. — **De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire, par RONDOT** (*Paris*, 1883).

VII. — **Contribution à l'étude des mouvements choréiques pre et post hémiplégiques (Hémichorée, hémiathétose), par H. FOURNIER** (*Th. de Montpellier, n°* 8, 1884).

VIII. — **Destruction of occipital lobe accompanied by blindness, par J. HAMILTON** (*Brain, p.* 89, *avril* 1884).

IX. — **Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce du cerveau (Relation des monoplégies des membres inférieurs avec les lésions du lobule paracentral), par G. BALLET** (*Arch. de Neurol., n°* 15, 1883).

X. — **Contribution à l'étude du centre moteur cortical du membre inférieur, par PRÉVOST** (*Thèse de Paris*, 1884).

XI. — **Cortical lesions of the brain, par Allen STARR** (*Americ. Journ. of the med. Sc., p.* 366, 1884).

XII. — **Même sujet, par LE MÊME** (*Ibid., p.* 114, *juillet* 1884).

XIII. — **Case illustrating cerebral localisations, par J. WIGLESWORTH** (*Brain, p.* 506, *janvier* 1884).

XIV. — Pathological contributions on the course of the optic nerve fibres in the brain, par DRESCHFELD (*Brain*, 543, *janvier* 1882).

XV. — A further contribution on the course of the optic nerve fibres in the brain, par LE MÊME (*Ibid.*, *p.* 118, *avril* 1882).

XVI. — A case of asymmetry of the brain, par Seymour SHARKEY (*Med. chir. Transact.*, *LXVI*, *p.* 293, 1883).

XVII. — Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundaren Degeneration und dem Faserverlauf in den Central organe des Nervensystems, par E. MANNKOPF (*Zeitchr. f. klin. Med.*, *Bd. VII*, *supplement*, *p.* 101, 1884).

XVIII. — Épilepsie jacksonienne dans un cas de lésion sous-corticale, par L. BOUVERET et EPARVIER (*Lyon méd.*, 28 *septembre* 1884).

I. — Fait intéressant, concernant l'autopsie d'une femme qui avait tué dans un accès de folie ses deux enfants. Cette femme, qui avait 44 ans à l'époque de sa mort, était initialement intelligente et bien équilibrée : après la naissance de son premier enfant, en 1868, elle eut une hémiplégie droite avec aphasie. Cet état de choses persistait quand elle fut conduite à l'asile des aliénés en 1872, quatre mois après le meurtre de ses enfants.

A partir de 1873, crises épileptiformes, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Caractère irritable, accès impulsifs violents, avec alternatives de lypémanie. Parole brève, presque inintelligible. Mort de phtisie pulmonaire.

Autopsie. Hémisphère droit normal; hémisphère gauche excessivement altéré. Atrophie complète de toute la région frontale et pariétale; le lobe occipital seul est bien développé. Toute la moitié antérieure de l'hémisphère est remplacée par un kyste qui commence à la scissure de Rolando et s'avance en avant jusqu'au bord libre de l'hémisphère. L'insula de Reil, la scissure de Sylvius presque tout entière, ont disparu. Toutes les circonvolutions frontales, les deux circonvolutions motrices ascendantes, les trois quarts antérieurs de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure et la moitié antérieure de la temporo-sphénoïdale moyenne sont détruites.

Atrophie considérable du pédoncule cérébral gauche, de la protubérance et du bulbe à gauche, disparition du faisceau pyramidal. Par contre, atrophie du lobe droit du cervelet, tandis que le gauche est normal.

Les ganglions centraux du cerveau ne sont pas moins atteints : le corps strié a complètement disparu, et la couche optique gauche est moitié plus petite que la droite. Le corps calleux est également atrophié.

L'auteur fait observer que la malade, tout en parlant mal, n'était pas absolument aphasique; or, les circonvolutions frontales gauches, le corps strié et la substance blanche intermédiaire avaient disparu. Il faut bien admettre qu'ici la suppléance fonctionnelle provenait de l'hémisphère droit non détruit.

Il montre également que la malade avait toute sa sensibilité, ce qui vient bien à l'appui de la théorie des centres corticaux sensitifs siégeant dans les régions occipitales, seules intactes ici.

Par contre, la destruction partielle du centre auditif cortical ne semblait pas avoir donné lieu à une surdité notable.

Enfin il insiste sur l'atrophie croisée du cervelet, correspondant avec l'atrophie du pédoncule moyen cérébelleux : c'est la preuve des connexions anatomiques de ce pédoncule avec l'écorce cérébelleuse, et des relations qu'il affecte avec les centres moteurs encéphaliques. H. R.

II. — Épileptique de 26 ans atteint d'attaques depuis sa naissance. Le corps est peu développé, le côté gauche, notamment, est atrophié complètement, aussi bien les os que les muscles. Les membres, les doigts, la moitié gauche de la face sont sensiblement moins développés que ceux du côté opposé. La sensibilité est conservée.

Mort de pneumonie double survenue à la suite d'une série d'attaques d'épilepsie.

Autopsie. Crâne épais. Dépression notable à la surface de l'hémisphère droit, sur le lobe pariétal. Poids de l'hémisphère droit 15 onces; gauche, 17 onces.

Atrophie des circonvolutions de l'hémisphère droit, surtout au niveau de la région fronto-pariétale, là où se voit la dépression ci-dessus indiquée, contiguë à la partie supérieure de la scissure de Rolando.

La dépression est comblée par du tissu conjonctif intimement uni à la pie-mère ; elle occupe les circonvolutions suivantes : extrémité postérieure de la première frontale, portion supérieure de la frontale et de la pariétale ascendante, enfin partie supérieure du lobule du pli courbe. Pas d'altérations viscérales.

Il paraît probable qu'il y a eu destruction des circonvolutions ci-dessus indiquées par une hémorragie méningée datant de la naissance ou des premiers jours de la vie. H. R.

III. — M. Charcot a indiqué le premier que si les lésions des corps opto-striés produisent l'hémiplégie, c'est parce qu'elles intéressent directement ou par compression le faisceau pyramidal de la capsule interne.

A l'appui de cette opinion, Rosenthal cite des faits de lésions opto-striées sans hémiplégie.

1° Foyers multiples de ramollissement dans le corps strié gauche. Infiltration bilatérale de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et de l'extrémité postérieure de la troisième frontale chez un homme de 69 ans. Paralysie complète de la langue, mais conservation de l'intelligence et conservation de la motilité des membres.

Il faut remarquer ici que les foyers du corps strié, gros comme des pois, étaient disséminés seulement dans l'étage supérieur dans la partie sous-épendymaire de l'organe.

2° Hyperémie cérébrale chronique, insomnie, affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, sans troubles moteurs ni désordres sensitifs, chez un homme de 66 ans, athéromateux.

A l'autopsie, ramollissement de la totalité du corps strié gauche; le foyer déborde sur la substance blanche et envahit une partie du noyau caudé. Le noyau lenticulaire, la capsule interne, sont indemnes; il n'y a rien dans l'hémisphère droit.

3° Sarcome des deux noyaux lenticulaires chez un homme de 26 ans. Le sujet s'est plaint pendant longtemps de céphalée, puis il a eu du délire fiévreux; il est tombé enfin dans le coma. Jamais de paralysie.

On trouve de chaque côté les noyaux lenticulaires envahis par un sarcome occupant à droite les deux premiers segments, à gauche les trois segments de ces organes. Il n'y a pas de lésions des corps striés, des capsules internes, ni des autres portions de l'encéphale.

C'est encore à l'intégrité de la capsule interne qu'il faut attribuer l'absence de phénomènes moteurs dans un cas d'hémorragie ventriculaire avec lésion du corps strié.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui, ayant travaillé longtemps au soleil, tombe sans connaissance. Quand il est apporté à l'hôpital, on constate qu'il peut parler et aussi remuer tous les membres; il se plaint seulement de céphalé-

lalgie et de grande fatigue. Il meurt au bout de huit jours, sans avoir présenté ni contracture ni paralysie.

On trouve dans le corps strié droit un foyer hémorragique gros comme une amande communiquant avec le ventricule latéral qui est rempli de caillots. Rien dans le noyau lenticulaire ni dans la capsule interne. L. GALLIARD.

IV. — Aux faits publiés par Jolly, Barlow, Lépine et Broadbent, l'auteur ajoute deux observations personnelles, dans lesquelles le syndrome paralysie labio-glosso-pharyngée n'était pas d'origine bulbaire, mais cérébrale.

1° Homme de 40 ans, alcoolique. Attaque apoplectique quinze mois auparavant, suivie d'aphasie temporaire et de paralysie du membre supérieur droit. Celui-ci, malgré une amélioration évidente, est resté lourd et embarrassé.

Etat actuel. Affaiblissement et incertitude du membre supérieur droit; léger degré de paralysie faciale droite; pas de gêne dans les mouvements de projection de la langue. Cependant l'articulation des mots est gênée, la déglutition ne se fait pas correctement et il y a régurgitation des boissons par les narines.

Plus tard, les symptômes paralytiques se compliquent de ceux d'une affection cardiaque et rénale, et le patient meurt d'asphyxie pulmonaire.

L'autopsie révèle une double lésion des corps striés. A gauche, dans le noyau lenticulaire se voient deux cavités kystiques remplies de liquide ocreux, et l'une d'elles empiétant sur la capsule interne. Dans l'hémisphère droit, le noyau lenticulaire est le siège d'une lésion du même genre.

Les pédoncules, la protubérance et le bulbe montrent des altérations de dégénération descendante, mais aucune lésion des noyaux bulbaires.

2° Homme de 34 ans, très bonne santé jusqu'à 30 ans; rhumatisme aigu pendant trois mois à cette date.

Six mois avant son admission à l'hôpital, attaque de paralysie, précédée d'une crampe des doigts de la main droite, sans perte de connaissance; mais aphasie partielle momentanée. Cette première crise ne laisse point de trace, mais peu après surviennent d'autres attaques qui aboutissent progressivement à de la paralysie définitive.

État actuel. Paraplégie complète des membres inférieurs, avec notable atrophie des muscles du mollet et des péroniers latéraux. Paralysie de la vessie, incontinence d'urine et des matières fécales, escarre au sacrum.

Aux membres supérieurs, affaiblissement du bras droit; abaissement de la commissure labiale droite, ptosis de la paupière correspondante. Pas de déviation de la langue, mais articulation des mots très défectueuse par glossoplégie, et gêne de la déglutition.

Le malade succombe aux progrès de la lésion vésico-rénale et de l'escarre au sacrum.

A l'autopsie, foyer kystique dans le noyau lenticulaire gauche, au voisinage de la capsule interne. Pas de dégénération secondaire des pédoncules cérébraux, moelle dorsale ramollie; aucune lésion des noyaux bulbaires d'origine des nerfs.

En ce cas, la lésion du corps strié avait suffi pour produire le syndrome d'une affection bulbaire.

V. — Un garçon de 12 ans reçoit dans l'œil droit l'extrémité d'une baleine d'ombrelle, et tombe paralysé sans connaissance. Bientôt il revient à lui, parlant très difficilement, et paralysé du bras gauche et de la jambe gauche. Vomissements, douleur occipitale. Sensibilité diminuée dans les membres hémiplégiques, suppression du réflexe crémastérin gauche. Surdité absolue de l'oreille gauche, ouïe parfaite à droite.

Au bout de quelques jours, les phénomènes paralytiques s'amendent pro-

gressivement, mais la surdité persiste fort longtemps : à la fin, elle disparaît à son tour et la guérison est complète.

L'auteur, discutant ce cas, admet :

1° Que l'hémiplégie est le fait, non d'une lésion corticale, mais d'une solution de continuité du tractus moteur au niveau de la capsule interne gauche ;

2° Que la surdité, seul trouble sensoriel observé chez le malade, se rapporte probablement à une lésion corticale du côté droit, plutôt qu'à une lésion du nerf auditif gauche. Il est vraisemblable que la tige de l'ombrelle sera venue intéresser la circonvolution temporo-sphénoïdale droite (centre auditif de Ferrier). Des expériences faites sur le cadavre prouvent la possibilité et la facilité de ce trajet après une fracture de l'orbite. H. R.

VI. — Rondot a réuni dans ce mémoire onze observations où, contrairement à l'opinion généralement admise, dans tous ces cas, la paralysie de la face siégeait du même côté que celle des membres. Il résulte de ses recherches que dans les deux tiers supérieurs de la protubérance, le faisceau pyramidal se compose de fibres dont une portion passe du côté opposé du corps, en s'entre-croisant : 1° dans la protubérance, pour les fibres qui vont à la substance grise du bulbe (celles du facial en particulier), c'est le faisceau géniculé de Brissaud ; 2° dans les pyramides, pour aboutir à la substance grise de la moelle et transmettre aux grosses cellules des cornes antérieures les incitations motrices, venues des centres corticaux.

Le faisceau géniculé, accolé au reste du faisceau pyramidal dans la moitié supérieure de la protubérance s'est écarté de plus en plus en se portant de haut en bas et d'avant en arrière jusqu'à la partie moyenne de la protubérance, point du mésocéphale qui correspond à peu près au niveau du noyau d'origine du facial. Il en résulte que toute lésion circonscrite au faisceau pyramidal siégeant dans le tiers supérieur de la protubérance s'accompagnera d'une hémiplégie homonyme de la face et des membres du côté opposé, et que la paralysie faciale sera d'autant plus complète que le foyer hémorragique ou la tumeur occupera un point plus élevé du mésocéphale. A ce niveau, en effet, les fibres destinées au facial et à la motilité des membres sont accolées et une lésion même très circonscrite pourra les détruire toutes. C. GIRAUDEAU.

VII. — Conclusions conformes à celles de Charcot, Grasset, Brissaud : L'hémiathétose et l'hémichorée ne constituent qu'une seule et même espèce de mouvements anormaux. Ce qui le prouve, c'est que : 1° au point de vue symptomatique, il existe des termes de passage entre ces deux formes, qui d'ailleurs peuvent coexister ou succéder l'une à l'autre.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, elles sont produites par une cause identique, l'irritation « permanente » du faisceau pyramidal par une lésion du voisinage et surtout par une lésion de la région opto-striée. Il semble en outre que d'une manière générale il y ait dans l'hémichorée une altération « limitée » des fibres pyramidales, tandis que dans l'hémiathétose elles sont généralement intactes ou ne sont intéressées que tout à fait superficiellement. A. MOSSÉ.

VIII. — Femme de 36 ans. Six mois auparavant, vomissements et céphalée, puis accès non convulsif, pendant lesquels elle perdait connaissance. Bientôt, troubles visuels, aboutissant graduellement à une cécité complète. Pupilles dilatées, léger strabisme externe droit, sans diplopie. État cérébral torpide ; réponses confuses, névrite optique à l'examen ophtalmoscopique. Organes des sens normaux.

Mort dans le coma, à la suite d'une torpeur progressive.

Autopsie. Outre des lésions récentes de gangrène pulmonaire, on trouve une tumeur occupant tout le lobe occipital gauche et partant de la dure-mère cranienne. Les deux papilles oculaires sont atrophiées, et la rétine a une coloration jaunâtre. Histologiquement la tumeur présente la structure d'un épithélioma : à sa périphérie se voit une zone d'injection vasculaire dans laquelle on trouve des corps granuleux, mais pas de traces de substance cérébrale ; le lobe occipital est absolument détruit. Dans le poumon, épithélioma gangrené de même nature, qui a été probablement le point de départ de la tumeur cérébrale.

Relativement aux connexions qu'affecte le lobe occipital avec les centres ganglionnaires, l'auteur rappelle les recherches de Gratiolet, et montre que le lobe occipital est relié :

1° A l'insula de Reil, par un tractus de substance blanche ;

2° A la capsule interne dans sa partie postérieure, par une large bande de fibres probablement sensitives ;

3° A la bandelette optique, par l'intermédiaire de ces mêmes fibres ;

4° Aux deux corps genouillés internes et externes ;

5° Au pulvinar et à la couche optique.

Toutes ces fibres forment un faisceau continu, décrit par Gratiolet, qui se dirige en arrière vers le lobe occipital (radiation optique de Gratiolet). Or, chez le malade, ce faisceau était complètement dégénéré, rempli de corpuscules granuleux au microscope, et les fibres nerveuses détruites. L'auteur admet qu'il ne s'agissait pas d'une dégénérescence wallérienne, mais d'une propagation inflammatoire : en tout cas, la majeure partie des fibres se rendant à la bandelette optique étaient détruites.

Une autre conséquence de la tumeur était l'hyperplasie considérable de l'encéphale du côté de la néoplasie. L'hémisphère gauche dans toutes ses parties était d'un quart plus développé que l'hémisphère droit, ce qui tenait à une formation anormale de la névroglie, laquelle envahissait toute la substance cérébrale, sans avoir cependant atrophié les fibres ni les cellules nerveuses.

Les nerfs optiques présentaient tout le long de leur trajet des lésions de névrite interstitielle, avec dégénération granuleuse des fibres nerveuses : le nerf optique gauche était beaucoup plus malade que le droit.

H. R.

IX. — L'auteur s'est proposé de montrer par quelques exemples que la monoplégie de l'un des membres inférieurs correspond anatomiquement à des lésions du lobule paracentral et de la partie la plus élevée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Dans la première observation, il s'agit d'une paralysie limitée tout d'abord au membre inférieur gauche et qui a gagné le membre correspondant seulement au bout de plusieurs jours.

La lésion consistait en un foyer de méningo-encéphalite tuberculeuse, exactement limité au niveau du lobule paracentral et à la partie supérieure des deux circonvolutions dont ce lobule est, pour ainsi dire, l'épanouissement.

Même limitation de la lésion destructive dans le second cas, où il s'agit d'une monoplégie du membre inférieur gauche, en rapport avec un ramollissement du lobule paracentral.

Rapprochant ces faits de ceux publiés antérieurement, Ballet formule la proposition suivante : lorsqu'en clinique on trouve isolée ou secondairement associée à d'autres paralysies la monoplégie de l'un des membres

inférieurs, on a affaire à une lésion du lobule paracentral ou de la partie la plus élevée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté opposé. PAUL GARNIER.

X. — L'auteur de ce travail a réuni et comparé 37 observations déjà publiées, et en déduit, avec Charcot et Pitres, que le point minimum du centre moteur cortical du membre inférieur est représenté par le territoire du lobule paracentral. A. CH.

XI. — On trouvera dans le mémoire très intéressant de Starr l'analyse comparée de 50 observations de lésions corticales du cerveau, empruntées à la littérature américaine de ces vingt-cinq dernières années. Ces observations ont trait à l'histoire anatomique et clinique des localisations cérébrales dans les régions frontale, temporo-sphénoïdale et occipitale. Quant aux lésions de l'aire motrice, elles doivent faire l'objet d'une étude ultérieure.

Sur les 23 cas relatés de lésions diverses des lobes frontaux (corps étrangers, abcès, tumeurs), Starr a observé, dans la proportion d'une fois sur deux, des troubles mentaux complexes, ne répondant à aucun type classé d'aliénation, et caractérisés surtout par la perte du contrôle personnel « self-control » et des changements du caractère. Tandis que la mémoire, dans ses différents modes, reste indemne, les facultés du jugement et du raisonnement s'altèrent, l'esprit devient inapte à toute application, à tout travail intellectuel suivi. Les autres symptômes sont purement négatifs, et constitués par l'intégrité des mouvements, de la sensibilité générale et spéciale.

Il n'existe pas de cas publié en Amérique d'aphasie motrice pure, sans paralysie, par lésion isolée de la troisième circonvolution frontale.

Starr rapporte onze cas de lésions des lobes temporo-sphénoïdaux. Il en conclut que celles-ci peuvent exister sans se traduire par aucun symptôme local. On peut, en revanche, noter différents troubles des sens spéciaux de l'ouïe et de l'odorat, associés à l'amnésie des perceptions qui relèvent de ces appareils sensoriels; le centre olfactif semble occuper les circonvolutions sphénoïdales, et le centre auditif les premières temporales. Les centres moteurs, sensitifs et visuels, sont étrangers aux régions temporo-sphénoïdales. A noter une très belle observation d'aphasie par amnésie verbale, liée à un ramollissement des circonvolutions gauches parallèle et deux premières temporales.

Le symptôme prédominant des lésions du lobe occipital semble être l'altération de la vue; sur onze cas, elle a été notée huit fois, alors que la névrite optique n'existait que deux fois, et cela dans des cas où la lésion était une tumeur. Dans tous les cas rapportés, l'examen clinique est resté incomplet, le champ visuel n'ayant pas été mesuré des deux côtés. Pas de troubles moteurs ni sensitifs, mais, dans trois observations, on a noté de la perte de la mémoire et des accès d'excitation maniaque.

On trouvera rapportée une belle observation de cette forme d'aphasie décrite par Kussmaul sous le nom de paraphasie, et par Wernicke sous le nom d'aphasie d'incoordination. L'autopsie montra un foyer hémorragique situé sur le lobule du pli courbe.

Les quatre observations qui restent sont relatives à des lésions du lobule pariétal; elles ne présentent guère que des symptômes négatifs; la blépharoptose a dans toutes fait défaut. A. CHAUFFARD.

XII. — Le troisième et dernier mémoire de Allen Starr, sur l'étude des lésions corticales du cerveau d'après les cas publiés en Amérique, est consacré aux régions centrales (psycho-motrices) de l'écorce et contient le résumé de 48 observations. Voici les conclusions les plus intéressantes qui en découlent.

Les deux circonvolutions centrales qui bordent le sillon de Rolando contiennent l'aire motrice volontaire des muscles de la moitié opposée du corps ; le centre de la face et de la langue en occupe le tiers inférieur, le centre du bras le tiers moyen, le centre du membre inférieur le tiers supérieur. C'est ce que démontre l'étude des paralysies ou convulsions localisées.

Les aires sensitives correspondent aux aires motrices. Pour la face, la chose est très probable, quoique non encore démontrée ; mais elle l'est pour les membres. Dans quatre cas, il y avait mono-anesthésie brachiale, et en même temps destruction du tiers moyen des circonvolutions ascendantes ; dans un cas, le membre inférieur seul était anesthésique, et le tiers supérieur des deux circonvolutions ascendantes était atteint par la lésion. Les deux membres étaient à la fois paralysés de la sensibilité et du mouvement dans quatre cas, et leurs centres corticaux étaient lésés, la localisation maximum des deux paralysies correspondant au foyer maximum de lésion dans l'aire sensitivo-motrice.

Dans les trois quarts des cas où l'on a noté des troubles sensitifs, la lésion siégeait en arrière du sillon de Rolando, et prédominait au niveau de la circonvolution pariétale ascendante ; dans plus de la moitié des cas les lobules pariétaux adjacents étaient également affectés. S'il y a donc une distinction à faire entre les aires motrices et sensitives des circonvolutions centrales, il faut admettre que la disposition relative des fibres motrices et sensitives dans la capsule interne se continue dans leurs terminaisons corticales, et que les aires sensitives sont situées en arrière des aires motrices. Il est même probable qu'elles en dépassent un peu les limites, et comprennent, au moins en partie, dans leur domaine les lobes pariétaux.

Quant aux troubles aphasiques, ils dénotent une lésion des circonvolutions qui bordent la scissure sylvienne, à gauche chez les droitiers, à droite chez les gauchers. Si le patient comprend les questions et se rappelle les mots nécessaires à la réponse sans pouvoir les émettre au dehors, la lésion atteint probablement la troisième circonvolution frontale et la partie contiguë de la frontale ascendante. Si le patient ne peut reconnaître le langage parlé, mais peut répéter les mots qu'on lui dit, c'est la première circonvolution temporale qui est affectée. Enfin, si le patient comprend et parle, mais substitue aux mots désirés d'autres mots inattendus, la lésion occupe probablement la profondeur de la scissure de Sylvius, ou, dans la substance blanche, les fibres d'association qui relient les circonvolutions troisième frontale et première temporale.

A. CHAUFFARD.

XIII. — Il s'agit d'une vieille femme, atteinte de sclérose cardiaque et de néphrite interstitielle, qui présentait une hémiplégie gauche incomplète, mais classique, en ce sens que la jambe était moins paralysée que le bras. A l'autopsie, on s'attendait à trouver une lésion des ganglions centraux : or, il n'existait qu'une lésion corticale de l'hémisphère droit, limitée exclusivement

au lobule paracentral (ancien foyer hémorragique cereux). Ce fait n'est pas d'accord avec les autres observations cliniques qui montrent en regard de cette lésion la monoplégie du membre inférieur.

Indépendamment de ce premier foyer, il en existait un autre sur l'hémisphère gauche, sur le milieu du lobe temporo-sphénoïdal. C'était également un vieux foyer hémorragique cicatrisé et devenu kystique. L'auteur rapporte à cette lésion un certain degré d'aphasie (par amnésie) que présentait la malade en son vivant.

XIV. — Voici quelques observations pathologiques destinées à fournir des documents sur le trajet intracranien des nerfs optiques :

1° Homme de 40 ans, non syphilitique; depuis deux ans il se plaint de céphalée, de paralysie progressive et de diplopie : trois abcès épileptiformes une semaine avant son entrée à l'hôpital.

a) *État actuel :* troubles du mouvement, abaissement de la commissure labiale gauche, léger degré d'hémiplégie faciale de ce côté. Le membre supérieur gauche est notablement atrophié, ses mouvements moins énergiques; de temps en temps, secousses musculaires spasmodiques provoquées par les impressions réflexes périphériques. Affaiblissement correspondant de la jambe gauche. En résumé, hémiplégie gauche incomplète, comprenant le facial inférieur.

b) *Sensibilité.* Hémianesthésie gauche totale pour toutes les modalités de la sensation, sauf pour le sens musculaire, qui est conservé. Pupilles égales, sans nystagmus ni paralysie oculaire; mais *hémianopsie gauche* complète de chaque champ visuel. Vision centrale normale, ainsi que le fond de l'œil. Pas d'altération de l'odorat et du goût.

Diagnostic, tumeur occupant la couche optique, la partie postérieure de la capsule interne et la bandelette optique du côté droit du cerveau.

Malgré une amélioration passagère sous l'influence des courants électromagnétiques qui firent disparaître l'anesthésie, l'hémianopsie persista, et l'hémiplégie motrice fit des progrès : bientôt le malade devint délirant et s'affaiblit. La mort eut lieu dans le coma.

Autopsie. Tumeur située dans l'hémisphère droit, au niveau de la partie postérieure de la capsule interne, et de là englobant : la couche optique, le noyau lenticulaire du corps strié, le tubercule quadrijumeau antérieur. Sur la base du cerveau, la bandelette optique paraissait aplatie au point où elle contourne le pédoncule cérébral; elle était ramollie au voisinage de la circonvolution de l'hippocampe.

Histologiquement il s'agissait d'un sarcome : il y avait de la sclérose descendante du bulbe et de la moelle.

Le point en litige est l'hémianopsie. Elle peut s'expliquer, en ce cas, par la compression de la bandelette optique. Cependant celle-ci ne présentait au microscope aucune altération. D'autre part, la lésion de la couche optique elle-même et du tubercule quadrijumeau joue peut-être un rôle dans les phénomènes observés.

De ce fait, il ne ressort qu'un point important, c'est que les nerfs optiques subissent une décussation partielle à la base du cerveau.

2° Femme de 50 ans, souffrant d'un rétrécissement mitral avec albuminurie. Le 16 avril, elle a une attaque d'apoplexie et perd connaissance. On la trouve avec une aphasie momentanée, et une hémiplégie gauche, intéressant médiocrement la face. Le symptôme le plus remarquable est une hémianopsie gauche occupant les régions similaires de chaque œil, sur une ligne presque verticale. Fond de l'œil absolument sain, pupilles égales et sensibles à la lumière.

La mort survint treize jours après l'accident.

Autopsie. Reins granuleux, hypertrophie ventriculaire gauche, rétrécissement de la valvule mitrale, mais sans végétations ni dépôts fibrineux.

Cerveau en apparence normal; hémorragie récente sous le lobe gauche du cervelet. En faisant des sections successives, on trouve les lésions suivantes : deux petits foyers sanguins existent dans le centre ovale de l'hémisphère droit, au niveau des fibres correspondantes à la circonvolution frontale ascendante (schema de Pitres). Derrière ce point, un autre petit foyer correspond à la circonvolution pariétale ascendante. Enfin, une dernière hémorragie se voit à l'extrémité postérieure et supérieure de la couche optique droite. Les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés et les bandelettes optiques sont absolument sains.

Le diagnostic porté pendant la vie avait été : hémorragie de la couche optique droite, intéressant la capsule interne.

En réalité, il s'agissait non d'un seul foyer hémorragique, comme on l'avait pensé, mais de plusieurs : la capsule interne était normale ; l'hémianopsie et l'hémiplégie étaient le fait de deux lésions différentes. L'hémiplégie dépendait des hémorragies du centre ovale, l'hémianopsie de l'hémorragie de la couche optique. L'hémorragie cérébelleuse était un accident ultime, qui avait amené le coma final.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la lésion très circonscrite de la couche optique en rapport avec l'hémianopsie. Or, on admet que les fibres de la bandelette optique (surtout de sa racine externe) traversent directement ou indirectement (par les corps genouillés externes ou le tubercule quadrijumeau antérieur) la couche optique pour se rendre à la portion de l'écorce cérébrale qui forme le centre visuel. D'autres fibres, celles de la racine interne de la bandelette optique, ne traversent pas la couche optique. En tenant compte de ce fait pathologique, on serait en droit de conclure que la plupart des fibres de la bandelette optique, après avoir subi leur semi-décussation dans le chiasma, se jettent dans la couche optique avant de gagner les circonvolutions corticales.

Deux faits du genre ont été publiés, l'un par Pooley (*Knapp's Arch.*, Band VI, p. 27), l'autre par Baumgarten (*Centralbl. f. d. med. W.*).

XV. — Cette nouvelle observation concerne un saturnin goutteux qui avait été atteint d'hémiplégie, d'hémianesthésie et d'hémianopsie, consécutivement à une hémorragie cérébrale. Le malade avait une néphrite interstitielle.

L'autopsie fit voir une hémorragie avec inondation ventriculaire récente. Les ganglions moteurs, corps strié et couche optique, étaient détruits, mais l'écorce encéphalique était absolument intacte. Malgré le soin appporté à durcir la pièce, il fut impossible de localiser exactement la lésion de l'hémianopsie; mais ce qui est certain, c'est qu'il n'existait aucune altération, ni compression des corps genouillés ou des bandelettes optiques, car ces parties étaient absolument saines, et loin du siège de l'hémorragie. H. R.

XVI. — Examen du cerveau d'une femme de 25 ans, morte d'accident. Les points les plus caractéristiques de sa conformation cérébrale sont les suivants :

1° Arrêt de développement, évidemment congénital, de l'hémisphère gauche;

2° Atrophie du pédoncule cérébral correspondant et de la pyramide antérieure, en rapport avec l'atrophie des circonvolutions motrices;

3° Absence du gyrus angulaire et de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, coïncidant avec la fusion de quelques-unes des circonvolutions du lobe temporo-sphénoïdal gauche;

4° Exiguïté de la bandelette optique, de la couche optique et des corps genouillés du même côté.

Ce dernier fait est intéressant, en ce qu'il montre la relation anatomique qui existe entre les nerfs optiques et la région temporo-sphénoï-

dale. Les expériences de Ferrier placent le centre visuel au niveau du gyrus angulaire. Le fait actuel semble confirmer cette hypothèse. Il semble également apporter une certaine vraisemblance à l'appui de l'opinion que les couches optiques et les corps genouillés sont en rapport avec la rétine. Par contre, les tubercules quadrijumeaux étaient également développés de chaque côté, ce qui semble impliquer qu'ils sont en dehors du trajet des fibres optiques cérébrales.

Enfin il ressort de cette autopsie que les nerfs optiques ne subissent pas une décussation complète au niveau du chiasma, car la bandelette optique gauche est infiniment plus petite que la droite, alors que le nerf optique droit est de très peu plus petit que le gauche. H. R.

XVII. — Mannkopf rapporte avec grands détails l'observation d'une femme hémiplégique par ramollissement cérébral. La lésion était due à un embolus résultant d'une affection mitrale, qui oblitérait l'artère de la circonvolution pariétale ascendante du côté droit; elle intéressait les deux tiers inférieurs de cette circonvolution, la substance médullaire correspondante et une très petite partie de la circonvolution frontale ascendante et des deux lobules pariétaux.

Les symptômes cliniques furent au début une attaque apoplectique et ultérieurement une monoparésie facio-linguale avec participation du facial inférieur, anesthésie du front, du cou et du bras; sur ce dernier membre, on observa de légers troubles vaso-moteurs.

La dégénération secondaire observée dans la capsule interne siégeait d'abord à sa partie postérieure pour se rapprocher du tiers moyen, lieu où on l'observait à la partie inférieure de la capsule. M. DEBOVE.

XVIII. — Femme de 54 ans, sans antécédents morbides, entre le 1er mars à l'hôpital. Il y a deux mois, apparition, sans cause connue, de secousses convulsives dans le membre supérieur droit, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes. Aucun autre désordre. Cinq semaines plus tard, paralysie du membre supérieur droit, à début assez brusque. Huit jours se passent et survient une crise convulsive générale avec perte de connaissance. A la suite survient de la paralysie de la jambe, de l'embarras de la parole, et quand la malade entre à l'hôpital, deux mois après le début des accidents, on trouve une hémiplégie droite complète et totale, avec secousses convulsives, débutant par le membre inférieur, puis s'étendant au membre supérieur, aux muscles de l'épaule. La tête, la face, ne sont point animées de mouvements; dans les crises ultérieures la déviation de la face était au contraire très prononcée.

Température, 38°,8. Mort, le 5 mars.

A l'autopsie, rien dans les divers organes. Hyperémie des méninges, aplatissement des circonvolutions, surtout à gauche. Dans la partie supérieure du centre ovale, à gauche, existe un grand foyer de ramollissement, dont la couche la plus élevée offre les caractères du ramollissement rouge, la partie inférieure est constituée par deux kystes contenant un liquide trouble, sanguinolent et visqueux. Rien dans l'hémisphère droit.

Cette observation montre qu'en dehors de toute lésion corticale on peut observer des convulsions de type cortical, provoquées par des lésions portant sur le centre ovale et sous-jacentes à l'écorce motrice. A. C.

I. — **A case of tumour in the medulla oblongata and pons Varolii, with remarkable paralytic symptoms**, par **J.-M. HOBSON** (*Brain*, *p.* 581, *janvier* 1882).

II — Glioma of the right optic thalamus and corpora quadrigemina, par D. FERRIER (*Ibid., p.* 123, *avril* 1882).

III. — Case of glioma of the right hemisphere, par J.-E. SHAW (*Ibid., p.* 251 *juillet* 1882).

IV. — Localised convulsions from tumour of the brain, par Hughlings JACKSON (*Ibid., p.* 364, *octobre* 1882).

V. — Case of multiple cerebral tumour, par David KING (*Ibid., p.* 412).

VI. — Observation on a case of cerebral cortico-medullary glioma, par D. FERRIER (*Ibid., p.* 63, *avril* 1883).

VII. — A case of cerebral tumour, par Alexander BRUCE (*Ibid., p.* 239 *juillet* 1883).

VIII. — Clinical remarks on tumours involving the parts on the neighbourhood of the third and fourth ventricles and the aqueduct of Sylvius, par J. BRISTOWE (*Ibid., p.* 167, *juillet* 1883).

IX. — Two cases of brain tumour, par R.-B. MITCHELL (*Edinb. med. Journ., p.* 430, *novembre* 1883).

X. — Zur Casuistik der Hirntumoren, par BECK (*Arch. f. path. Anat. und Phys, Bd. XCIV, Heft* 3, *p.* 369, 1883).

XI. — Cas de tumeur de la partie antérieure du cerveau avec exophthalmie, par POTTER (*Brit. med. Journ.,* 12 *janvier* 1884).

XII. — On some clinical end pathological points in cerebellar disease, par W. HADDEN (*Ibid., p.* 1087, *juin* 1884).

XIII. — A case of paroxysmal clonic spasm of left rectus abdominis, with symptoms pointing the existence of gross intracranial disease, par Buchanan BAXTER (*Brain, p.* 525, *janvier* 1882).

I. — Benjamin L..., âgé de 2 ans, était parfaitement portant, 9 mois avant son admission et pouvait marcher sans difficulté.

Vers cette date, il commença à éprouver une certaine difficulté à avaler. Cinq semaines plus tard, les mouvements du bras gauche devinrent embarrassés, et la paupière supérieure gauche se paralysa. Progressivement les mêmes symptômes se montrèrent du côté droit, avec cette différence que la jambe fut prise avant le bras.

Voici quel était son état lors de son entrée à l'hôpital :

Corps émacié, tête volumineuse, figure sans expression, salivation involontaire. L'enfant avale très difficilement et fait entendre de temps en temps un ronflement guttural. Léger prolapsus des paupières, pas d'inégalité des pupilles. Station assise et debout impossibles.

Membres supérieurs inertes, mais tout essai de mouvement provoque des tremblements rythmiques de la jambe.

Quelques jours plus tard, on constate distinctement une hémiplégie faciale gauche. Quand l'enfant veut remuer la tête le sterno-mastoïdien du côté droit entre en contracture, ce qui projette la tête latéralement.

Mort, trois semaines après son entrée, sans avoir présenté de paralysie absolue des membres inférieurs.

Autopsie. Œdème sous-arachnoïdien, notable degré d'hydrocéphalie ventriculaire. Pas de lésions cérébrales proprement dites, mais développement anormal du bulbe qui est deux fois plus gros que de coutume. En sectionnant l'organe, on découvre une tumeur irrégulière, occupant le centre et la

partie postérieure de l'étage supérieur du bulbe et de la protubérance, presque exclusivement limitée à la moitié gauche de l'organe. Cette tumeur est constituée par un tubercule caséeux. Sur des coupes successives de la tumeur, on voit qu'elle empiète sur la moitié droite du bulbe, et gagne le plancher du 4e ventricule.

Il ne semble pas y avoir de sclérose descendante de la moelle (?).

L'auteur analyse les symptômes cliniques en regard des lésions. Il considère le tubercule comme ayant pris naissance au niveau de l'origine du noyau de l'hypoglosse : d'où la dysphagie initiale.

L'excitation du noyau spinal accessoire explique le tic du sterno-mastoïdien et du trapèze : de même, avant la paralysie faciale, il y avait des phénomènes de contraction spasmodique qui provoquaient des secousses des lèvres.

La distension des pyramides antérieures explique suffisamment la parésie des membres. L'état de somnolence habituelle de l'enfant était en rapport avec l'hydrocéphalie. H. R.

II. — Un enfant de 14 ans tombe sur la glace en 1878. Le lendemain, il a une sorte d'attaque épileptoïde, qui ne se reproduit plus jusqu'en 1880. A partir de cette date, retour des accès qui deviennent de plus en plus fréquents, s'accompagnant de vomissements et de diplopie. Bientôt à ces symptômes se joignent de la faiblesse et de la lourdeur du bras et de la jambe gauche.

Au moment de son admission, c'est un enfant d'apparence lourde, mais intelligent et répondant bien aux questions. On constate chez lui une tendance au nystagmus, l'impossibilité de faire converger les yeux vers la racine du nez, cependant les pupilles sont normales, et l'accommodation possible. Sans être paralysés, les membres gauches sont plus faibles que ceux du côté droit. La marche et la station debout sont difficiles. Les réflexes patellaires sont exagérés.

Sensibilité tactile diminuée du côté gauche du corps : pas de troubles visuels, malgré un début de névrite optique constatée à l'ophtalmoscope.

Mort par suite des progrès de la paralysie qui devient complète à gauche.

Autopsie. Crâne épais. Cerveau injecté.

Développement exagéré de la couche optique droite et des tubercules quadrijumeaux correspondants. Les parties ainsi hypertrophiées sont moins fermes que de coutume et transformées en un tissu de gliome. La tumeur envahit la couche optique, la capsule interne, le noyau lenticulaire ainsi que la région sous-optique, contiguë au pédoncule du cerveau. Le lobe correspondant du cervelet est comprimé partiellement par la tumeur, et a perdu la structure lamellaire de ses circonvolutions.

Le symptôme qui d'après l'auteur eût pu faire diagnostiquer le siège de la tumeur était la tendance à l'ophtalmoplégie, et l'impossibilité où se trouvait le malade de faire converger les deux axes oculaires. Il y avait également un défaut d'équilibration et une sorte d'incoordination motrice qui indiquait un trouble fonctionnel, sinon une lésion du cervelet.

III. — Fille de 19 ans, domestique. Début deux mois auparavant par de l'engourdissement et des secousses de l'index gauche étendues bientôt aux autres doigts, puis au poignet et à l'avant-bras. A ces phénomènes d'excitation succèdent un affaiblissement du membre supérieur gauche et de la céphalée.

A son entrée à l'hôpital, elle présente une monoplégie incomplète du bras gauche, sans troubles de la sensibilité. Bientôt elle s'aperçoit que le membre inférieur correspondant devient lourd et engourdi : il se paralyse progressivement, en même temps que la parésie du bras s'accentue ; il s'y joint également une hémiplégie partielle de certains muscles de la face

(zygomatique gauche et orbiculaire des lèvres). Les réflexes patellaires sont exagérés.

La céphalée fait également des progrès, la vue s'altère et la malade se plaint de diplopie intermittente. Vomissements de loin en loin.

Les dernières semaines de la vie sont fort douloureuses : céphalalgie atroce, vomissements incessants, incoordination des mouvements des globes oculaires : névrite optique prononcée. Mort dans le coma.

Autopsie. Tumeur située sur l'hémisphère droit sous la pie-mère, de nature gliomateuse. Le centre de cette tumeur correspond au sillon précentral et elle refoule par sa présence la circonvolution frontale ascendante qui est déformée et comprimée. A la coupe, elle pénètre à travers le centre ovale jusqu'à la racine du ventricule latéral droit, en respectant les ganglions encéphaliques, corps optostriés.

IV. — Observation très remarquable, concernant un malade qui pendant douze ans avait été sujet à des attaques d'épilepsie. Celles-ci débutaient toujours par le pied droit, parfois elles se bornaient à des crampes ou à des secousses locales ; plus souvent elles s'étendaient à tout le corps en s'accompagnant de perte de connaissance. A trois reprises différentes il fut suivi à l'hôpital (en 1872, 1875 et 1882). La dernière fois il y entra paralysé à la suite d'un accès épileptique en apparence semblable aux autres. L'hémiplégie, qui siégeait à droite, se compliqua d'une pneumonie du même côté, à laquelle succomba le malade.

L'autopsie fit voir une tumeur gliomateuse occupant la moitié supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. Un caillot hémorragique récent existait au voisinage du lobule paracentral, tout à fait en haut de la frontale ascendante.

Le point intéressant de cette autopsie est que au-dessous de la tumeur se voyait une petite masse calcaire évidemment déposée de longue date : tout autour, le parenchyme encéphalique était ramolli et pénétré de petits anévrismes miliaires. L'hémorragie était évidemment la conséquence de la rupture d'un de ces anévrismes.

L'auteur admet que la tumeur était de formation récente, mais qu'il y avait une lésion corticale ancienne, probablement ce petit dépôt calcaire trouvé à l'autopsie. L'hémorragie méningée avait été en ce cas la cause prochaine de la mort, puisqu'elle avait déterminé la paralysie, origine de la pneumonie terminale.

V. — Enfant de 16 ans. Santé excellente, sauf une chute sur la tête. Début de l'affection par de la diplopie, de la céphalée et des vomissements. A son entrée on constate un strabisme interne de l'œil droit, par paralysie du droit externe, sans lésion de la papille. Simultanément paralysie faciale droite incomplète, gêne dans l'occlusion de la paupière droite, diminution du goût dans la moitié droite de la langue, déglutition difficile. Anosmie complète. Sensibilité tactile conservée. Pas de troubles moteurs ni de phénomènes urinaires, cependant bientôt on s'aperçoit que le malade traîne un peu la jambe droite, tandis que le bras gauche est au contraire affaibli.

Au bout de 3 semaines, aggravation des symptômes, somnolence, pupilles contractées : pas d'augmentation de la parésie des membres. Gêne croissante de la déglutition. Névrite optique à l'ophtalmoscope. Mort dans le coma.

Autopsie. Cerveau d'apparence normal à sa convexité, médiocrement congestionné. Notable degré d'hydrocéphalie ventriculaire.

A la base du cerveau se voit une volumineuse tumeur occupant le côté droit de la protubérance et s'étendant vers le pédoncule moyen cérébelleux. Une autre tumeur analogue se voit du côté gauche du plancher du 4e ventricule, englobant la moitié correspondante du bulbe et du corps olivaire. Sur une coupe, cette tumeur est brune, de couleur chocolat, par le fait d'une hémorragie interstitielle.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un gliome.

VI. — Homme de 44 ans, remarquablement intelligent. Excès alcooliques et syphilis dans sa jeunesse. Dix semaines avant son entrée à l'hôpital il a une attaque épileptiforme avec chute, qui lui laissa un peu de faiblesse à la jambe droite, et un léger engourdissement du bras droit. Depuis lors, fréquemment les membres atteints sont sujets à des crampes spasmodiques qui reviennent parfois toutes les heures sans amener de perte de connaissance, mais qui parfois aussi, s'accompagnent d'attaques avec inconscience. Au moment de ces attaques partielles, c'est ordinairement par la jambe que débutent les spasmes cloniques, pour gagner ensuite le bras : parfois elles occupent simultanément les 2 membres.

Sensibilité un peu diminuée, ainsi que les réflexes; mais le réflexe patellaire est au contraire exagéré. Pas d'altération de la face ni de troubles oculaires, aucun signe de névrite optique.

Quinze jours plus tard, on constate un affaiblissement prononcé du membre supérieur et de la gêne de la parole. Il y a également une légère parésie de la face du côté droit. Des attaques d'aphasie transitoire, avec interception brusque de la parole, surviennent de temps en temps.

En janvier, le membre supérieur droit est complètement paralysé, l'hémiplégie faciale est nette, l'aphasie s'accentue et l'aptitude du malade à calculer décline. A la fin du mois, l'aphasie est complète et l'intelligence obtuse, sauf pour les chiffres : jusqu'à la veille de sa mort (le 22 janvier), il peut faire encore de tête des multiplications assez compliquées.

A l'autopsie, on trouve une tumeur gliomateuse ayant l'apparence d'un chou-fleur, située sur l'hémisphère gauche au niveau du quart supérieur de la frontale ascendante et du lobe paracentral, immédiatement au devant du sillon de Rolando. Elle empiète également sur la partie postérieure de la frontale supérieure. Profondément, elle s'étend depuis l'écorce en suivant les fibres médullaires de la couronne rayonnante jusqu'au point où le corps calleux pénètre dans l'hémisphère. Elle ne gagne point la capsule interne ni les corps opto-striés.

Cette localisation est parfaitement conforme à ce que l'on voit sur les centres moteurs corticaux, le lobe paracentral étant en rapport avec les mouvements du membre inférieur. Mais l'aphasie survenue chez ce malade mérite d'être analysée : car ici, la lésion ne répondait, ni superficiellement, ni profondément, à la localisation classique. Il est probable qu'il y avait autour de la tumeur une zone congestive qui atteignait la 3e circonvolution ou les fibres interposées entre la circonvolution de Broca et le corps strié.

Un fait également remarquable est que cet homme qui ne pouvait plus même prononcer son nom, ni répondre à aucune question élémentaire, ne se trompait jamais sur un chiffre, ce qui prouve combien chez lui le calcul arithmétique était une opération automatique et machinale, où la volonté n'intervenait que d'une façon secondaire, et où l'oreille seule éveillait le réflexe cérébral. H. R.

VII. — C'est l'histoire d'une femme de 45 ans, jusque là d'une excellente santé, qui devient irritable, nerveuse, et présente sans cause connue des phénomènes hystériformes. Le médecin qui la soigne rattache ces troubles nerveux à la présence d'une petite tumeur de la mamelle et l'opère : son état s'améliore momentanément, mais les accidents reparaissent avec les allures de l'hystérie : grandes attaques, sans perte de connaissance, avec mouvements passionnels, terminées par des crises de pleurs ou de rire, caractère fantasque et inégal, etc. L'examen de la malade n'indiquait aucune altération de la sensibilité générale ni spéciale, point de troubles de la vue, ni de céphalée, ni rien qui fît songer à une affection encéphalique. Au bout d'un mois de traitement par le bromure de potassium, il se produisit une amélioration

notable : les crises disparurent, et sauf une certaine irritabilité de caractère, la santé paraissait revenue à son état normal.

Tout d'un coup, dans la soirée du 18 novembre, elle se mit à délirer et à devenir incohérente. La bouche était déviée légèrement à gauche, il y avait du strabisme convergent, et un peu de faiblesse de la main droite. La malade était absorbée et répondait mal aux questions ; mais elle pouvait se lever et marcher sans difficulté. Le lendemain, ces signes de parésie avaient disparu, mais l'état mental restait embarrassé ainsi que la parole : elle confondait certains mots et ne les employait pas dans leur vrai sens. Cet état persista pendant deux semaines.

Deux jours avant sa mort, elle vomit. Le jour de sa mort, se levant comme de coutume, elle tomba à terre sans connaissance, et devint rapidement comateuse, sans que rien put faire prévoir ce rapide dénouement.

A l'autopsie, tumeur située dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche, ayant refoulé les corps opto-striés et la capsule interne en dedans, l'insula en haut, les circonvolutions temporo-sphénoïdales en dehors.

VIII. — Mémoire basé sur l'analyse de cinq cas de tumeurs situées au voisinage du 3e et du 4e ventricule.

Le premier a trait à un enfant de 7 ans, mort au bout de 6 mois de maladie. Le symptôme initial fut une hémiplégie droite survenue subitement : bientôt les quatre membres devinrent parétiques et animés de tremblement (qui s'étendait jusqu'à la tête et au cou). Plus tard, apparition d'une ophtalmoplégie externe : ptosis des paupières, saillie des globes de l'œil, paralysie des muscles oculaires. Malgré cela, vue conservée : pupilles inégales, mais sensibles à la lumière ; accommodation conservée, pas de névrite optique. Point de céphalée, ni de vomissements, ni de convulsions. A ces symptômes s'ajoutèrent une paralysie faciale mal définie, et de l'incontinence d'urine. L'enfant succomba avec des signes de méningite.

Le diagnostic était obscur. On pensa à un tubercule cérébral : son siège était indiqué par la paralysie des muscles de l'œil. On trouva à l'autopsie, indépendamment d'une méningite tuberculeuse récente, un tubercule solitaire gros comme une bille, envahissant les corps quadrijumeaux et comprimant l'aqueduc de Sylvius.

Le second cas est celui d'une jeune femme de 20 ans, malade depuis plus de deux ans. Le premier symptôme noté fut une paralysie du médius de la main gauche, qui l'empêchait de jouer du piano. Bientôt survint de la surdité de l'oreille gauche et du strabisme de l'œil correspondant : plus tard de l'affaiblissement de la jambe gauche et du bras ; enfin du tremblement des membres inférieurs. Dans les 4 derniers mois de sa vie, elle devint sourde et aveugle, presque paraplégique, agitée de tremblements incessants, comme dans la sclérose en plaques. Enfin il y avait un notable degré d'ophtalmoplégie, ainsi qu'une paralysie faciale incomplète.

Cette association de symptômes avait fait diagnostiquer une tumeur située au voisinage du 4e ventricule. A l'autopsie, on trouva en effet un néoplasme formé aux dépens de la valvule de Vieussens et des pédoncules cérébelleux supérieurs, adhérent au plancher du 4e ventricule. Pareille lésion se voyait sur la dure-mère qui avait bourgeonné à la base du crâne.

Le troisième cas : enfant de 4 ans. Au début tremblement et affaiblissement du bras gauche et de la jambe, suivis six semaines après, de tremblement paralytique de l'autre jambe. Six mois plus tard contracture des membres gauches, paralysie et tremblement à droite, hémiplégie faciale gauche, névrite optique. Méningite finale. A l'autopsie, tumeur occupant le 4e ventricule et envoyant des prolongements vers les couches optiques.

En résumant ces trois faits, l'auteur donne un tableau clinique de cette variété de tumeurs ainsi localisées. Les caractères principaux sont : une

paralysie générale avec tremblement ressemblant à celui de la sclérose en plaques. Parole lente et embarrassée, comme chez les paralytiques déments ; tendance à l'incontinence d'urine et des matières ; enfin absence de céphalée, d'anesthésie et de convulsions.

Les troubles des nerfs crâniens achèvent de préciser la localisation. Tantôt c'est une paralysie des muscles de l'œil, sauf le muscle accommodateur de l'iris (ce qui prouve que la lésion siège aux noyaux d'origine et non à la périphérie des nerfs).

Tantôt c'est une surdité double avec parésie concomitante des 3e ou 4e nerfs crâniens ; enfin la coexistence de l'hémiplégie faciale. Accessoirement on peut rencontrer la névrite optique et la cécité.

Il est relativement rare que ces malades aient des convulsions épileptiformes et de l'ataxie.

L'auteur ne parle pas de la glycosurie ni de la polyurie, qui ont été signalées en pareil cas (voy. thèse de Verron, 1874).

IX. — 1° Homme de 40 ans, d'une force herculéenne, atteint probablement de syphilis ancienne (ulcération du pharynx, douleurs ostéocopes nocturnes). Quelque temps avant son admission à l'hôpital, attaque apoplectiforme avec perte de connaissance et hémiplégie gauche consécutive. 2e attaque quelques jours après, le laissant lourd, paresseux d'esprit, presque gâteux.

A son admission, symptômes d'une vieille hémiplégie avec accroissement des réflexes tendineux à gauche. Affaiblissement intellectuel. Mort six mois plus tard avec les signes d'un ramollissement cérébral chronique.

A l'autopsie, trois caillots anciens dans le corps strié gauche, du volume d'un pois à celui d'une amande. De plus, au-dessous de la partie postérieure du plancher du ventricule latéral gauche, se voit une tumeur globulaire, volumineuse, de couleur jaune et de consistance caséeuse au centre translucide à la périphérie. Le microscope y montre la structure des gommes avec endartérite et périartérite.

2° Homme de 52 ans, alcoolique. Depuis deux ans, douleur limitée d'abord à la tempe droite, puis à la tempe gauche. Il y a 15 mois attaque convulsive, suivie de plusieurs autres, insomnie, agitation, caractère exalté et violent nécessitant son admission à l'asile. On constate, à son entrée à l'hôpital, de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, un peu de lenteur dans la locomotion, la jambe droite étant plus lourde que la gauche : pas de troubles pupillaires. Après chaque crise épileptiforme, se montre de l'engourdissement du côté droit pendant plusieurs jours. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, il fut pris d'accès épileptiques subintrants à type jacksonien (débutant toujours par la jambe droite) et succomba dans le coma.

Autopsie. Adhérence de la dure-mère aux méninges vers la 2e circonvolution frontale *droite;* à ce niveau, tumeur de la grosseur d'une noisette, d'apparence gommeuse. Sur la portion moyenne de la frontale et de la pariétale ascendantes du côté *gauche*, les méninges étaient épaissies, adhérentes et formaient une sorte de plastron diffus d'apparence jaunâtre, intimement lié à la substance cérébrale sous-jacente, qui s'exfoliait à la décortication, quelques îlots de ramollissement se voyaient au niveau du lobe temporo-sphénoïdal droit, et de la base du lobe frontal.

De l'apparence microscopique des tumeurs et surtout des vaisseaux qui montraient de l'endartérite diffuse, l'auteur conclut que ces deux tumeurs étaient de nature syphilitique. Une figure, annexée au mémoire, donne le détail des lésions histologiques. H. R.

X. — Deux observations de tumeur cérébrale où les notions acquises

par la science sur les localisations permirent de poser le diagnostic de siège.

1° Myxogliome du volume d'une pomme reinette remontant jusqu'aux pédoncules cérébraux et soulevant les pédoncules cérébelleux supérieurs, limitée en bas à la pointe du calamus. En outre on trouvait un gliome plus petit dans la couche optique droite faisant saillie dans le ventricule moyen. Le malade avait présenté de la paralysie prédominante à gauche, de l'hémianesthésie gauche et à la fin de la vie des troubles oculaires, strabisme, diminution de l'acuité visuelle, insensibilité des conjonctives et de la cornée, enfin des troubles respiratoires.

Dans le second cas il s'agissait d'un sarcome à petites cellules arrondies du pédoncule cérébral gauche, le malade avait présenté de la paralysie de la 3e paire à gauche avec hémiplégie consécutive du côté droit. A la fin de sa vie, ralentissement du pouls dû sans doute à la compression du bulbe.

A ces deux observations de tumeurs cérébrales l'auteur ajoute une observation d'hémorragie méningée avec pachyméningite chez un syphilitique. Pendant la vie, céphalalgie violente, perte d'odorat, phénomènes paralytiques troubles intellectuels et coma final. P. GALLOIS.

XI. — Femme de 29 ans. Depuis dix-huit mois, elle se plaint de malaise, de céphalalgie et de lassitude. Depuis six mois exophtalmie. La malade ne se plaint que d'une céphalalgie continuelle, localisée dans le sommet de la tête et le front. Le 27 novembre sa vision se trouble à gauche, à l'ophtalmoscope on constate que le disque optique est taché, les veines flexueuses. A partir du 3 décembre, la céphalalgie devient de plus en plus intense, la malade s'affaisse et elle succombe deux jours après.

Autopsie. La selle turcique est remplie par une tumeur lobulée adhérente à la dure-mère et s'étendant sous la base de l'hémisphère cérébral antérieur du côté droit, qu'elle déprime. Le chiasma des nerfs optiques a été envahi par la tumeur, ainsi que la bandelette optique du côté droit que l'on peut suivre cependant jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. La bandelette optique gauche est saine. Les circonvolutions et les sillons de la région ont été complètement oblitérés. J.-B. H.

XII. — Femme de 23 ans ; début par des douleurs dans la région occipitale durant près de neuf mois ; puis, un beau jour, engourdissement et paralysie passagère de la main droite et du bras, qui se répète fort souvent depuis lors. Bientôt affaiblissement de la vue, cécité temporaire, développement d'une névrite optique et nystagmus : bourdonnements d'oreilles persistants. A ces signes s'ajoutent dans les derniers jours de la maladie, des vomissements et de la parésie des membres inférieurs. La malade devient finalement complètement aveugle et meurt dans le coma.

A l'autopsie, on trouve un kyste du lobe gauche du cervelet, non hydatique, entouré d'une zone fibreuse d'encéphalite interstitielle.

L'observation 2 est l'histoire classique d'un enfant atteint d'otite suppurée avec abcès du cervelet par voisinage ; le tableau clinique simule à s'y méprendre une méningite tuberculeuse. Le point intéressant de la communication est que précisément les méninges étaient saines malgré les symptômes apparents d'inflammation des membranes.

XIII. — Femme de 35 ans, se plaint depuis le mois de septembre 1877 de symptômes nerveux, particulièrement de maux de tête. Elle vint consulter l'auteur en 1879.

La *céphalée* est quotidienne. Elle débute par la racine du nez et irradie vers l'occiput : là elle présente une douleur fixe, analogue au clou hystérique exagérée par la pression, plus forte le jour que la nuit. Cette douleur n'est pas une forme de migraine, car la malade a des accès de migraine de temps en temps, et elle fait parfaitement la différence des deux espèces de céphalée.

Indépendamment de ces douleurs, elle éprouve des contractions spasmodiques cloniques, qui débutent par l'épaule gauche, s'étendent au bras, s'accompagnent d'angoisse de dyspnée, et enfin irradiant aux muscles de l'abdomen qui se contractent brusquement, en fléchissant toute la moitié gauche du tronc. L'attaque se borne toujours aux mêmes muscles et se termine par une crise de larmes, comme un accès d'hystérie. Elle dure un temps variable, de dix minutes à deux heures.

Enfin, en même temps que sont survenus ces phénomènes nerveux, la narine droite a commencé par sécréter une matière muco-purulente, souvent fétide, qui depuis deux ans n'a pas cessé de se produire, bien que la narine ne semble atteinte d'aucune lésion à l'examen rhinoscopique.

Pour tout le reste cette dame se porte bien, elle n'a aucun trouble génital, pas de phénomènes de nervosisme, rien d'hystérique. Mais depuis quelques mois elle voit moins bien, et présente une hémiopie manifeste des deux yeux accompagnée d'une double névrite optique.

L'auteur discute la nature de cette curieuse association de phénomènes : il rejette l'hystérie simple et la syphilis et admet la vraisemblance d'une lésion du sphénoïde ou de l'ethmoïde donnant lieu à de l'inflammation propagée au chiasma. Quant au spasme du muscle droit de l'abdomen, il reste peu explicable.

La marche de la maladie fut la suivante :

Progrès de l'affaiblissement de la vue ; vomissements de loin en loin ; jetage naso-purulent mêlé de sang ; céphalée croissante et devenant intolérable.

Dix mois plus tard (novembre 1880) se déclarent des névralgies oculaires violentes, avec symptômes de glaucome et photophobie. La malade s'affaiblit graduellement, tout en ne présentant pas de paralysie localisée. Trois jours avant sa mort, elle est prise de convulsions générales qui aboutissent au coma.

L'autopsie (pratiquée incomplètement il est vrai) montra un épaississement des os du crâne, surtout à la base : mais l'intérieur de la cavité crânienne, les méninges et le cerveau étaient, en apparence, absolument sains. Le sphénoïde et l'ethmoïde n'étaient pas nécrosés. H. RENDU.

I. — **Ueber Myoclonus multiplex, par FRIEDREICH** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 27 *juin* 1881).

II. — **Wahre Spermatorrhoë im Greisenalter nach schwerer Rückenmarkslaesion (Spermatorrhée vraie dans la vieillesse après une lésion grave de la moelle), par FÜRBRINGER** (*Ibid.*, 24 *octobre* 1881).

III. — **A case of lateral sclerosis of the spinal cord, par J.-Alex. LINDSAY** (*The Dublin. Journ. of med. Sc.*, *p.* 5, *juillet* 1883).

IV. — **Case of primary lateral sclerosis or spasmodic tabes, par John HOPKINS** (*Brain*, *p.* 382, *octobre* 1883).

V. — **Notes on a case of primary lateral sclerosis, par C.-J. NIXON** (*The Dubl. Journ. of med. Sc.*, *p.* 301, *avril* 1884).

VI. — **A case of amyotrophic lateral sclerosis, par Robert COLLYNS** (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XIX*, *p.* 343, 1883).

VII. — **Practical observations on electrodiagnosis in paralysis, par Hughes BENNETT** (*Brain*, p. 205, *juillet* 1882).

VIII. — Suggestions as the etiology of some of the so called system diseases of the spinal cord, par H. DONKIN (*Ibid., p.* 433, *janvier* 1883).

IX. — Case of cervical meningo-myelitis, epileptic form seizures; atrophy of nerve roots and muscles, par C. COXWELL (*Ibid., p.* 84, *avril* 1883).

X. — Two cases of acute spinal cord disease, par Stephen MACKENZIE (*Brain, p.* 90, *avril* 1883).

XI. — A fatal case of concussion of the spinal cord, par Seymour SHARKEY (*Brain, p.* 90, *avril* 1884).

XII. — Case of concussion and inflammation of spinal cord from gunshot-wound of back, par Walter EDMUND (*Ibid., p.* 103).

XIII. — Beitrag zur Lehre von der sogenannten partiellen Empfindungsähmung (D'une anesthésie partielle), par BERNHARDT (*Berlin. klin. Wochenschr., n°* 4, *p.* 50, 28 *janvier* 1884).

XIV. — Note sur un cas de myélite chronique diffuse avec prédominance des lésions dans les cornes antérieures de la moelle, par BABINSKI (*Rev. de méd., mars* 1884).

XV. — Sclérose en plaques et maladies infectieuses, par P. MARIE (*Progrès méd., avril et mai* 1884).

XVI. — A case of dorsal pachymeningitis, par Howard TOOTH (*Brain, p.* 254 *juillet* 1884).

XVII. — Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par C. GIRAUDEAU (*Thèse de Paris,* 1884).

XVIII. — Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Hœhlenbildung (Pathologie et diagnostic de la formation des espaces lacunaires dans la moelle), par FÜRSTNER et ZACHER (*Arch. f. Psych. und Nervenkrankh., Bd. XIV, Heft* 2, *p.* 422).

XIX. — Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration im, etc. (De la dégénérescence secondaire de la moelle chez l'homme, avec remarques sur l'anatomie du tabes), par SCHÜLTZE (*Ibid., Bd. XIV, Heft* 2, *p.* 359, 1883).

XX. — Ueber diffuse und disseminirte Sclerose des Centralnervensystems, par F. GREIFF (*Ibid., Bd. XIV, Heft* 2, *p.* 285, 1884).

XXI. — Ueber combinirte Degeneration der Vorderhœmer und Seitenstränge des Rückenmarks (Dégénérescence combinée des cornes antérieures et des cordons latéraux de la moelle), par O. VIERORDT (*Ibid., p.* 391).

XXII. — Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien, par KAHLER (*Prag. Zeitschr. f. Heilk., Bd. V, p.* 169).

XXIII. — Myélite subaiguë des cornes antérieures, par E. DUFOURT (*Lyon méd.,* 25 *janvier* 1885).

I. — Friedreich désigne ainsi une affection observée chez une femme de 50 ans et consistant en des accès de convulsions cloniques survenant à différents moments dans certains groupes musculaires symétriques. Les plus fortement atteints étaient les fléchisseurs et les extenseurs des avant-bras et des jambes.

Les convulsions persistaient pendant le sommeil. L'irritation de certaines

régions des téguments les exagéraient. Elles cessaient au contraire pendant les mouvements volontaires.

Après avoir duré cinq ans, cette affection a disparu spontanément dans l'espace de dix jours.

Friedreich pense qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel des cellules ganglionnaires antérieures de la moelle. J. B.

II. — Un père de famille, âgé de 69 ans, n'ayant jamais eu ni gonorrhée ni pertes séminales, se fracture le rachis. Immédiatement il présente de la paraplégie absolue, de la paralysie des sphincters et une anesthésie complète des membres inférieurs ainsi que de la moitié inférieure du tronc. Les réflexes sont presque entièrement abolis et le membre viril est flasque.

Trente heures plus tard, les réflexes commencent à reparaître, la verge se met en état de semi-érection et dès lors se montre une spermatorrhée profuse qui continue jusqu'à la mort, arrivée le troisième jour après le traumatisme.

A l'autopsie, entre autres lésions, on constate des fractures multiples des vertèbres dorsales moyennes et un écrasement de la moelle, sur une longueur de 1 centimètre, au niveau de la 4e vertèbre. Toute l'étendue des voies génitales, depuis l'orifice du méat urétral jusqu'aux vésicules séminales, regorge de sperme, J. B.

III. — Enfant de 13 ans, de bonne santé habituelle. Depuis trois semaines il est au lit se plaignant de vives douleurs dans le dos, derrière les épaules. Il attribue sa maladie à une immersion dans de l'eau glacée, survenue il y a un an (?). Il éprouve en même temps un tremblement marqué des membres inférieurs, qui s'exagère au moment où le malade pose son pied à terre. Simultanément douleur dans les membres supérieurs et commencement d'atrophie musculaire.

État actuel : Paraplégie complète; membres inférieurs fléchis et contracturés, sans atrophie musculaire. Aux membres supérieurs, au contraire, les muscles sont mous et amaigris, ils s'atrophient manifestement, et on y constate des contractions fibrillaires. Troubles sensitifs manifestes (anesthésie, sensations de brûlure); aux membres inférieurs, aux bras, sensibilité parfaitement intacte. Contractilité électrique très imparfaite aux jambes.

La sensibilité réflexe est très modifiée. Les réflexes superficiels sont presque tous abolis, ou très diminués (par exemple le réflexe plantaire); au contraire, les réflexes profonds sont plutôt exagérés; réflexe patellaire très intense, ainsi que la trépidation épileptiforme.

Quelques troubles de la vue concomitants; pupilles dilatées; atrophie commençante du nerf optique consécutive à des lésions de choroïdite profonde.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de sclérose primitive des cordons latéraux de la moelle : il semble qu'on pourrait discuter ici la possibilité d'un début de sclérose latérale amyotrophique.

IV. — Homme de 21 ans : convulsions dans l'enfance ; pas de syphilis congénitale ni acquise.

Démarche très caractéristique. Le malade jette ses jambes irrégulièrement, comme si elles étaient détendues par un ressort; quand il pose le pied à terre, la jambe tremble. Pourtant aucune incoordination; il ne vacille pas quand on le fait tenir debout les yeux fermés. Exagération excessive des réflexes tendineux. Pas d'atrophie musculaire ni de troubles des sens.

Cet état de choses persista plusieurs mois, puis survint de l'affaiblissement moteur, une véritable paraplégie avec contracture des membres inférieurs, terminée par des troubles urinaires et des escarres au sacrum. Dans les derniers mois, on avait noté un certain degré d'atrophie des muscles de la jambe.

A l'autopsie, dégénération gélatiniforme des cordons latéraux, dans toute

l'étendue de la moelle, mais surtout au niveau de la région dorsale, où les cordons antérieurs sont également envahis. Après durcissement, toutes les parties d'apparence gélatineuse se montrent sclérosées, y compris les cornes postérieures de la région dorsale qui sont très atteintes. Au microscope, beaucoup de cellules des cornes antérieures sont également atrophiées.

V. — Enfant de 15 ans, jusque-là robuste et bien portant, commence au mois de mai 1883 à traîner la jambe droite; en juillet, la faiblesse s'accuse de plus en plus, et la jambe se met à trembler. Deux mois plus tard, c'est le tour de la jambe gauche qui passe par les mêmes phases; l'enfant a beaucoup de peine à monter, et de temps à autre il est cloué au sol par une contracture musculaire subite.

Au moment de son entrée, on note: une rigidité complète des membres inférieurs, avec déviation du pied en équinisme — la trépidation épileptoïde de la jambe et le phénomène du pied; l'exagération du réflexe patellaire et des réflexes périostaux du tibia — l'intégrité de la sensibilité et des fonctions vésicales, l'absence de troubles trophiques.

L'auteur fait le diagnostic différentiel des diverses variétés de sclérose des cordons latéraux, sans ajouter aucune indication nouvelle.

VI. — Homme de 32 ans, fumeur et buveur. Début de la maladie en septembre 1882 par un affaiblissement de la main gauche, suivi peu après d'une faiblesse analogue de la main droite. Un mois après, constatation d'un notable degré d'atrophie musculaire des membres supérieurs. En décembre, fourmillements des jambes et tremblements des pieds; projection des jambes pendant la marche. Vers cette époque, en même temps il s'aperçoit d'une certaine difficulté à contracter les lèvres, il lui est impossible d'aspirer la fumée d'un cigare.

En janvier, apparition d'un nouveau symptôme, la dysphagie pour les liquides et les solides : gêne dans l'articulation des mots, glossoplégie incomplète. Salivation exagérée, et écoulement involontaire de la salive par la commissure labiale droite.

Dans le même mois, le malade a deux accès de dyspnée pendant la nuit. C'est alors qu'on l'amène à l'hôpital dans l'état suivant :

Amaigrissement général et atrophie des muscles de la face et du tronc; atrophie plus marquée aux muscles des membres supérieurs qu'à ceux des membres inférieurs. Impossibilité de projeter la langue en avant, et atrophie notable de cet organe; paralysie partielle du voile du palais, lenteur de la parole, immobilité du masque, qui est plutôt riant que pleureur.

Aux membres inférieurs, exagération du réflexe patellaire et trépidation épileptoïde. Pas de contracture de la jambe quand le malade est couché, mais rigidité musculaire dès qu'il essaye de marcher, et rétraction brusque du membre inférieur au moindre contact du sol. Du reste, aucun trouble de la sensibilité tactile. Réactions électriques conservées, mais diminuées proportionnellement au degré d'atrophie musculaire.

Après une amélioration de quelques mois, pendant laquelle le malade avait engraissé et repris des forces, la maladie entra dans une phase d'aggravation : l'atrophie et la paralysie firent des progrès rapides. Les membres supérieurs perdirent toute motilité, et l'atrophie du cou devint telle que le malade ne pouvait plus soutenir sa tête. D'autre part, la contracture des membres inférieurs devint définitive : les signes de paralysie bulbaire s'accrurent au point de ne plus permettre qu'une alimentation incomplète. La mort eut lieu par congestion pulmonaire.

Autopsie. Les muscles atrophiés ont en partie perdu leur striation, quelques fibres sont devenues hyalines, d'autres granuleuses; toutes sont diminuées de volume, sans augmentation des noyaux du myolemme. Mêmes lésions pour les muscles de la langue.

Les nerfs périphériques ne présentent aucune altération ; pas le moindre signe de névrite.

La moelle présente, à l'œil nu, des lésions de sclérose évidentes, qui portent surtout sur les cordons latéraux, mais qui intéressent également les faisceaux antérieurs et les faisceaux de Türck. La sclérose latérale occupe toute la moelle, mais avec des variantes. A la région cervicale, elle envahit tout l'intervalle compris entre la corne antérieure et la corne postérieure; à la région dorsale, et surtout à la région lombaire elle est beaucoup plus restreinte et se limite à la partie strictement voisine des cornes postérieures.

Les cornes antérieures spinales sont également envahies par la sclérose, surtout à la région cervicale. La névroglie y est prépondérante et les cellules motrices ont en partie disparu. Celles qui restent sont atrophiées, irrégulières et déformées. A peine en trouve-t-on deux ou trois qui aient leur structure normale. La plupart sont granuleuses et leur noyau altéré. Le canal épendymaire est oblitéré par de petits noyaux embryonnaires. Les cornes postérieures sont intactes.

Le bulbe présente des lésions similaires. Au niveau de la décussation des pyramides, la sclérose est très prononcée et la névroglie prépondérante. Les pyramides antérieures sont intéressées dans toute leur étendue. Les noyaux d'origine du spinal et de l'hypoglosse sont atrophiés.

Il semble que la lésion ait atteint ici primitivement l'axe gris, et que la sclérose n'ait été que secondaire. La paralysie atrophique a précédé la contracture, à l'inverse des cas décrits par Charcot. La précocité des symptômes de paralysie et d'atrophie bulbaires est encore une confirmation de l'envahissement initial des noyaux moteurs.

Anatomiquement, le fait qu'à la région cervicale les faisceaux pyramidaux directs étaient sains, tandis que les faisceaux croisés étaient sclérosés, prouve que l'affection n'était pas primitivement cérébrale ni bulbaire, mais spinale. La sclérose des cordons antérieurs, qui a été signalée, est probablement le résultat du processus irritatif des cornes antérieures qui se propage directement à la substance blanche adjacente. H. R.

VII. — L'auteur résume en quelques pages les données fournies par la faradisation dans les maladies du système nerveux.

a) Lorsque les réactions électriques sont parfaitement conservées sur un membre paralysé, on peut en conclure que l'origine de la paralysie réside dans le cerveau ou dans les cordons blancs de la moelle. Dans le premier cas, elle affecte la forme hémiplégique; dans le second, la forme paraplégique.

b) Quand les réactions électriques sont augmentées; elles indiquent une excitabilité anormale du système nerveux et de l'axe gris spinal, en rapport presque toujours avec une affection organique de la moelle.

c) Des réactions électriques anormales indiquent soit une lésion spinale, soit une altération des nerfs périphériques. Le diagnostic est parfois difficile; cependant on se guidera sur cette loi, que dans les paralysies d'origine spinale la totalité du membre est presque toujours prise, tandis que dans les paralysies périphériques les muscles affectés sont ceux auxquels se rend le nerf malade. D'après le même raisonnement, on diagnostiquera par l'électrisation les myélites diffuses des altérations localisées à un groupe de cellules motrices des cornes antérieures.

Enfin, on tiendra compte, surtout au point de vue du pronostic, du

degré d'atrophie musculaire et de la présence de la réaction de dégénérescence d'Erb.

Une série d'exemples cliniques montrent le parti que l'on peut tirer de ces données quand on est en face de certaines monoplégies à caractère douteux, ou de certaines paraplégies soupçonnées hystériques, et en réalité organiques.

VIII. — La théorie que défend l'auteur pour expliquer la localisation symptomatique de certaines lésions spinales, est la suivante : Les parties de la moelle qui sont anormalement excitées, surtout quand cette excitation se répète, sont d'abord dans un état d'irritation fonctionnelle, puis elles subissent des modifications pathologiques qui aboutissent à une inflammation véritable et à de la sclérose.

IX. — Homme de 32 ans, non syphilitique. Début par des douleurs névralgiques oculaires et des douleurs rhumatoïdes dans les épaules (mai 1881). Un mois après, diplopie, puis affaiblissement des quatrième et cinquième doigts de la main gauche. En août, parésie de la jambe gauche, suivie bientôt d'une paraplégie complète des membres inférieurs. A ce moment, perte de la sensibilité, incontinence d'urine, amaigrissement extrême des muscles correspondants aux régions paralysées. Escarre au sacrum.

Après une période d'amélioration relative, il alla, en mai 1882, sensiblement plus mal. Une fièvre intense se déclara ; les jambes, contracturées, étaient le siège de crampes et de tremblements spasmodiques incessants. Bientôt, délire, convulsions épileptiformes, débutant par les muscles gauches, puis s'étendant à droite ; enfin, pneumonie ultime qui emporta le malade.

Autopsie. Atrophie extrême des muscles du bras gauche, pâleur des fibres musculaires.

Dure-mère épaissie au niveau du renflement cervical de la moelle ; arachnoïde et pie-mère fibreuses comprimant les racines nerveuses surtout du côté gauche, et intimement adhérentes à la moelle. Les racines antérieures et postérieures des 5e et 6e paires cervicales sont atrophiées. A la section de la moelle, la substance nerveuse est ramollie et diffluente au niveau du renflement cervical ; à la région dorsale, elle est atrophiée ainsi qu'à la région lombaire. Le cerveau est sain en apparence, sauf un état congestif prononcé.

Même à l'œil nu, il y avait une dégénération marquée de la moelle. En haut de la région cervicale, entre les cordons de Goll et les cornes postérieures, se voient de chaque côté des traînées de sclérose symétrique. Les cordons de Goll sont également sclérosés, mais moins que les tractus précédents. Dans la région dorsale et lombaire, les cordons antérolatéraux sont sclérosés, surtout à gauche.

Le point curieux de cette observation est la présence de convulsions d'origine spinale, sans participation de l'encéphale sain.

X. — 1° Charpentier, âgé de 56 ans, atteint de myélite aiguë dans le cours d'une variole. Le 4e jour de son éruption, cet homme éprouva de vives douleurs aux épaules, s'exagérant la nuit. Ces douleurs restent localisées pendant une semaine, puis elles gagnent la nuque et l'oreille. Bientôt survînt de l'affaiblissement du membre supérieur gauche, puis du bras droit, dégénérant en véritable paralysie. Au bout d'une quinzaine, on constate de l'atrophie du deltoïde gauche et du triceps, avec perte de la contractilité électrique ; à gauche, celle-ci n'est que diminuée. Cette parésie, sous l'influence de l'électrisation, ne tarde pas à s'amender, et le malade, au bout de trois mois, peut être considéré comme guéri.

L'auteur, discutant ce fait, admet l'existence d'une poliomyélite antérieure aiguë, avec altération des cornes antérieures et extension pro-

bable aux cornes postérieures en raison de certains troubles de sensibilité localisée.

2° La seconde observation est un exemple de myélite aiguë centrale avec arthropathies.

Il s'agit là d'une de ces myélites centrales aiguës, à type rhumatoïde, dont on a rapporté des exemples (Voir obs. Rendu, *Soc. méd. hôp.*, 1878).

XI. — Femme de 25 ans, prise dans l'écroulement d'une maison. On la retire se plaignant d'une vive douleur au sacrum, sans paralysie ni anesthésie, mais avec de la rétention d'urine. Aucune lésion du crâne ni de la colonne vertébrale.

Les jours suivants, atténuation des douleurs, mais persistance de la paralysie vésicale, qui fait bientôt place à de l'incontinence d'urine définitive. Escarres au sacrum ; mort, par épuisement, deux mois après l'accident.

Autopsie. Lésions de cystite purulente et de pyélo-néphrite. Larges escarres dénudant le sacrum.

Aucune altération appréciable en apparence au niveau du canal vertébral. La moelle, un peu au-dessus du renflement lombaire, est ramollie. En ce point, les espaces périvasculaires sont distendus et il existe un état poreux de la substance grise au voisinage de la commissure de chaque côté ; mais point de corps granuleux ni de traces évidentes d'inflammation. En somme, autopsie presque complètement négative. Il semble probable que la moelle était en voie de guérison, et que la mort a été due aux lésions rénales.

XII. — Un jeune homme de 19 ans reçoit un coup de feu dans le dos ; le projectile pénètre obliquement au voisinage de l'angle de l'omoplate droite et se dirige vers les vertèbres dorsales. Une paraplégie immédiate s'ensuit, avec incontinence d'urine et des matières. Cystite, escarres au sacrum ; mort 4 mois 1/2 après l'accident.

A l'autopsie, on ne retrouve point la balle, dont le trajet est guéri ; il n'existe ni fracture, ni luxation des vertèbres, ni lésions des méninges spinales. La moelle est ramollie et atrophiée ; après durcissement, on constate les lésions d'une myélite diffuse avec sclérose secondaire des cordons latéraux. Absence complète d'hémorragie interstitielle. L'auteur présente ce fait comme un exemple de myélite produit par commotion de la moelle, sans solution de continuité directe.

Pareils faits ont été relatés par Bastian (*Trans. of med. chir. soc.*, I, 1867), Gull (*Guy's hosp. Rep.*, 1858) et Leyden (*Klin. der Rückenmarkskrankh.*, II, 1875). H. R.

XIII. — Homme de 19 ans, sans hérédité névropathique. Depuis quatre ans, il présente des troubles de la sensibilité cutanée, au niveau du membre supérieur droit dans sa totalité, du côté correspondant du thorax jusqu'à la quatrième côte en avant et jusqu'à mi-hauteur de l'omoplate en arrière, de l'épaule droite, de la moitié droite de la nuque, du cou et du crâne, y compris l'oreille. Les troubles de la sensibilité qui sont beaucoup moins marqués sur le côté droit de la face, s'arrêtent partout exactement sur la ligne médiane.

Ils consistent en une disparition complète des perceptions de douleur et de température, les autres modes de sensibilité étant intacts à peu près. Les troubles de la motilité sont peu accusés. Les réflexes rotuliens sont conservés.

Tous les phénomènes morbides ne se sont pas notablement modifiés depuis 20 mois. Cependant, il y a 6 mois, à la suite de légers efforts musculaires, le malade a eu successivement sur le membre supérieur anesthésié une fracture de l'extrémité supérieure du cubitus droit dont le cal est manifeste et un relâchement de l'articulation de la capsule radiale avec le cubitus qui s'accuse pendant les mouvements de supination et de pronation.

Bernhardt est disposé à admettre une altération de la portion de la substance grise de la moelle cervicale qui se trouve en relation avec les racines postérieures des paires de nerfs cervicaux. Il suppose l'existence d'une syringomyélie, en s'appuyant sur les faits plus ou moins analogues d'Hallopeau (1870), de Spaeth et Schueppel (*R. S. M.*, III, 618), de Westphal (*R. S. M.*, V, 82), de Leyden (*R. S. M.*, IX, 516), de Schultze (*Virchow's Archiv*, 1882, t. LXXXVII), de Kahler (*Prager medic. Wochens.*, 1882, n° 36) et de Fürstner et Zacher (Voy. plus loin). J. B.

XIV. — Homme de 30 ans, sans antécédent héréditaire ni passé pathologique, est frappé brusquement, sans cause appréciable, de paralysie des deux bras. Cette paralysie a été précédée, quinze jours auparavant, par de fortes douleurs rachidiennes. Peu après, il sent ses membres inférieurs s'affaiblir, et huit jours après le début des accidents, la paralysie est assez complète pour empêcher la station debout. En même temps la voix s'affaiblit et aux douleurs rachidiennes se joignent des douleurs abdominales. Au bout de deux mois, commence une phase d'amélioration qui débute par les membres inférieurs, et environ huit mois après le début des accidents l'amélioration est assez grande pour lui permettre de reprendre ses occupations. Au bout de trois ans, retour progressif des accidents. La paralysie se montre débutant de nouveau par les membres supérieurs, où elle est restée prédominante ; l'affaiblissement de la voix et les douleurs réapparaissent aussi. La paralysie s'accompagne d'une notable atrophie des muscles. Pas de paralysie des sphincters, pas de contractures ; réflexes normaux ; rien du côté des organes des sens; sensibilité intacte. Deux mois et demi après le début de cette récidive, la paralysie s'accentue ; le malade, qui jusque-là pouvait marcher, est obligé de garder le lit par suite de l'impuissance des membres inférieurs ; puis le diaphragme se paralyse, la voix s'affaiblit, et quelques jours après l'apparition de ces accidents le malade succombe par asphyxie.

A l'autopsie, la moelle présente dans toute son étendue, mais surtout au niveau des régions cervicale et dorsale, des traces très nettes d'inflammation prédominante dans le système des cornes antérieures, d'où retentissement sur les racines antérieures, les nerfs et les muscles; les cordons blancs sont touchés à un faible degré; la colonne de Clarke, au niveau des régions dorsale et lombaire, est très altérée et, cependant, point important, la sensibilité était conservée, ce qui est contraire, à la théorie de Pierret. Enfin, malgré les accidents asphyxiques auxquels a succombé ce malade, les noyaux bulbaires ont paru sains. C. GIRAUDEAU.

XV. — L'auteur rapporte en détail l'observation d'un malade qui, quelque temps après sa guérison d'une fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle il eut une phlébite intense du membre inférieur gauche (mai 1879), remarqua un léger embarras de la parole, puis quelques troubles oculaires, enfin une gêne de la marche (octobre 1883). Au mois de mars 1884, les signes de la sclérose en plaques étaient caractéristiques, incoordination motrice, rigidité des jambes, tremblement spécial des mains, exagération des réflexes tendineux, parole traînante, diplopie homonyme.

L'auteur admet que la sclérose disséminée s'est développée sous l'influence de la fièvre typhoïde, et il réunit à l'appui de son opinion une série d'observations où la sclérose en plaques s'est montrée d'abord dans le cours d'une fièvre typhoïde (cas de Clément, Bouveret, de la variole (Westphal) et des autres maladies infectieuses, rougeole, érysipèle, coqueluche, de la pneumonie, etc.

La nature vasculaire de la sclérose en plaques étant généralement admise, l'auteur est porté à croire que la sclérose est due à des points

d'artérite infectieuse disséminée; cette artérite ne se montre souvent qu'à une période avancée de la maladie principale, au début ou dans le cours de la convalescence; parfois l'apparition des symptômes est plus tardive.

En résumé, la sclérose en plaques ne serait que la localisation médullo-encéphalique de la détermination vasculaire de maladies générales diverses infectieuses. H. L.

XVI. — Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui depuis dix ans souffrait d'une paraplégie progressive; depuis cinq ans il ne pouvait plus marcher. Les muscles ne semblaient pas atrophiés, les réflexes étaient exagérés, bien que la sensibilité tactile fût émoussée. Urines et fèces involontaires; finalement, escarre au sacrum et mort avec des phénomènes de pyélo-néphrite suppurée.

A l'autopsie, on trouve la dure-mère très épaissie, convertie en un manchon fibreux. Le tissu fibroïde se continue au-dessous d'elle et s'unit intimement à la pie-mère et à l'arachnoïde. La vascularisation des membranes est fort développée. La moelle est ramollie et présente des traces de myélite diffuse, avec atrophie des cornes antérieures, sclérose des co rdons latéraux épaississement des artérioles et de la névroglie.

L'auteur considère cette lésion comme syphilitique, sans apporter de preuves sérieuses à l'appui. H. R.

XVII. — L'auteur montre que les manifestations bulbaires et cérébrales, décrites ordinairement sous les noms de « vertiges, étourdissements, pertes de connaissance, attaques congestives » peuvent se montrer, à titre de complications, dans un grand nombre d'affections médullaires, sans appartenir en propre à aucune d'elles. Envisagés à ce point de vue, ces accidents vertigineux et apoplectiformes représentent en quelque sorte un syndrome qui revêt dans toutes les maladies où on le rencontre des caractères communs, et qui dans chacune d'elles, en outre, affecte des allures particulières.

Dans la première partie, consacrée à la description de ces accidents en tant que manifestations morbides, l'auteur insiste, chemin faisant, sur des symptômes qui ont été peu étudiés jusqu'ici: c'est ainsi que nous trouvons signalée la fréquence du vertige auriculaire chez les ataxiques tout particulièrement, et les causes d'erreur qui peuvent faire confondre le vertige oculaire proprement dit avec diverses sensations vertigineuses dues à des lésions des muscles de l'œil. L'élévation de la température dans les attaques apoplectiformes y est notée dans plusieurs observations et donnée comme moyen de diagnostic de ces attaques d'avec l'hémorragie cérébrale, l'urémie, etc., qui peuvent, à un moment donné, venir compliquer des affections de la moelle.

La seconde partie est réservée à l'étude de chaque affection médullaire en particulier; celles où l'on peut voir survenir des vertiges et des attaques dites congestives sont, par ordre de fréquence, la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses, peut-être l'atrophie musculaire progressive.

On les rencontre encore dans les lésions localisées à la région cervicale de la moelle; ces troubles sont alors d'autant plus fréquents que la zone lésée avoisine davantage le bulbe; ils coexistent souvent alors avec le pouls lent permanent, les troubles oculo-pupillaires, les attaques syncopales ou épileptiformes. Ils font défaut dans les affections localisées à la

région dorso-lombaire de la moelle, de sorte qu'on ne peut les expliquer par une action à distance. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection ; mais surtout au début. Ceux qui se montrent à une période avancée de la maladie sont d'un pronostic beaucoup plus grave. Chez bon nombre de malades ils accompagnent des phénomènes d'ordre cérébral (délire passager, perte de la mémoire, hémiplégie, etc.) ou bulbaire (embarras de la parole, paralysies oculaires, surdité, crises laryngées, etc.).

Enfin, ils sont parfois l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs ; lorsque ceux-ci existent déjà, ils les aggravent brusquement. Cette période d'aggravation est suivie d'une phase de rémission pendant laquelle les troubles locomoteurs diminuent, mais sans jamais atteindre le degré qu'ils présentaient avant l'attaque. De sorte qu'en définitive chacune d'elles peut être considérée comme une poussée aiguë.

Dans le chapitre consacré à la physiologie pathologique, l'auteur critique l'épithète de *congestive* donnée à la plupart de ces accidents ; car la congestion encéphalique n'existe pas dans tous les cas. Elle apparaît surtout lorsque l'attaque apoplectiforme s'est prolongée, lorsque la respiration s'est embarrassée progressivement. Dans les cas, au contraire, où la mort survient rapidement, la congestion encéphalique fait défaut ou est peu prononcée. Aussi l'auteur regarde-t-il la congestion encéphalique bien plus comme l'effet que comme la cause des attaques apoplectiformes.

Chez tous les sujets morts au cours d'une de ces attaques, Giraudeau a trouvé des altérations, soit des hémisphères cérébraux, soit du mésocéphale. Elles consistent généralement en foyers scléreux et peuvent être assimilées aux tumeurs cérébrales et aux vieux foyers d'hémorragie et de ramollissement intra-hémisphériques, lesquels sont susceptibles d'engendrer des attaques apoplectiformes sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir pour les expliquer l'hypothèse d'une congestion encéphalique. A. C.

XVIII. — Homme qui présenta cette singulière particularité que quand on le touchait en un point quelconque du corps, il se produisait au point touché d'abord de la pâleur, ensuite de la rougeur, et, au bout d'une à deux minutes, des vésicules remplies de sérosité qui confluaient en forme d'élevure, pour persister pendant plusieurs heures.

Le sujet de l'observation avait présenté les premiers symptômes de sa maladie dix ans avant de mourir. Ils avaient consisté dans une analgésie du côté droit, avec thermo-anesthésie, fourmillements dans les mains et les pieds qui l'empêchaient de dormir, crevasses à la main droite. Le malade devint très irritable ; il éprouvait une certaine incertitude de la marche et des mouvements, comme s'il avait été ivre. Il entra à l'hôpital à la suite d'une attaque apoplectiforme, accompagnée d'une parésie et d'une aphasie qui se dissipèrent très promptement. Au moment de son admission, ses idées étaient déjà un peu dérangées. On constatait l'abolition du réflexe patellaire à gauche, le phénomène de Romberg, de l'hyperhidrose à droite, des phénomènes de paresthésie dans la région innervée par le trijumeau du même côté, et le trouble vaso-moteur dont il a été question plus haut ; des élévations de température et des accélérations du pouls à marche irrégulière, des accès de dyspnée, de l'embarras de la parole. Dans une dernière phase, le tableau clinique était dominé par les symptômes de la paralysie générale. Jusqu'à

la fin les fonctions de la vessie et du rectum restèrent intactes, ainsi que la sensibilité tactile.

A l'autopsie, on trouva deux ordres de lésions ; des espaces lacunaires occupant la substance grise de la moelle dans toute son étendue, indépendants du canal central et creusées dans la névroglie proliférée. Les résultats de l'examen histologique confirment en tout point les idées émises récemment par Schültze sur la formation de ces lacunes qui résulteraient d'une fonte du tissu proliféré de la névroglie. Les noyaux de l'hypoglosse, du nerf vague, du nerf accessoire, de la racine ascendante du trijumeau, présentaient des altérations dégénératives.

En second lieu, le cerveau, normal à l'œil nu, renfermait dans son écorce grise de petits foyers à contours irréguliers, dont l'un atteignait jusqu'au volume d'un haricot, d'un gris clair, et dus à une dégénérescence colloïde des vaisseaux autour desquels s'étaient formés des amas cellulaires.

XIX. — Schültze publie un certain nombre de cas de dégénérescences secondaires de la moelle, survenues à la suite de traumatismes (fractures, luxations du rachis); dans un cas la dégénérescence était consécutive à la compression exercée sur la moelle par une tumeur périméningée. L'auteur a utilisé ces faits pour étudier la disposition des différents systèmes de fibres dans le névraxe.

1° A la suite d'une fracture du segment lombaire de la colonne vertébrale, la queue de cheval avait subi un véritable écrasement. La dégénérescence secondaire affectait dans les cordons postérieurs la disposition suivante : dans la portion inférieure du segment lombaire, elle occupait toute l'épaisseur des cordons postérieurs, à l'exception d'une mince bandelette adjacente au sillon médian postérieur. Dans la moitié supérieure de ce segment, la dégénérescence avait respecté la partie la plus antérieure du cordon et une zone étroite, semi-lunaire, contiguë au bord interne des cornes postérieures. Cette dernière zone allait en s'élargissant dans le segment dorsal de la moelle, à la partie supérieure duquel la dégénérescence n'intéressait plus que la moitié interne du cordon postérieur de chaque côté. Dans le segment cervical, la dégénérescence occupait principalement les cordons de Goll ; toutefois, c'est seulement dans le tiers supérieur que la zone dégénérée s'étendait sur une largeur beaucoup plus grande.

2° Fracture et luxation des douzième vertèbre dorsale et première vertèbre lombaire, avec compression de la moitié inférieure du renflement lombaire, intégrité des racines du plexus crural. Jusqu'à la mort, pendant sept ans, le patient présenta une paralysie motrice et sensitive des parties innervées par les sciatiques.

A l'autopsie, atrophie complète de la portion inférieure du renflement lombaire, de la portion sciatique de la queue de cheval. En remontant, dégénérescence secondaire qui occupe d'abord le rebord des cordons latéraux et toute l'épaisseur des cordons postérieurs à l'exception d'une première petite zone située près de l'extrémité du sillon médian postérieur et de deux petites zones semi-lunaires contiguës aux cornes postérieures. Dans la partie supérieure du renflement lombaire, la dégénérescence intéressait la moitié interne de chaque cordon postérieur, et la partie postérieure de la moitié externe. En remontant, la zone de dégénérescence se rétrécissait en affectant une disposition cunéiforme ; dans le quart inférieur le sommet du coin s'étendait jusqu'à la commissure postérieure, mais non dans les trois quarts supérieurs ; dans le renflement cervical, le sommet arrivait tout au plus jusqu'à la partie moyenne du sillon postérieur. La partie supérieure de la moelle cervicale n'a pas pu être examinée.

3° Fracture de la première vertèbre lombaire. D'abord paralysie motrice et sensitive complète des membres inférieurs, avec participation des sphinc-

ters. Puis retour de la motilité dans certains groupes de muscles, retour de la sensibilité dans les parties innervées par les nerfs cruraux. Mort, au bout de cinq mois, des suites d'une cystite et d'un décubitus.

A l'autopsie, atrophie et dégénérescence complètes de la plus grande partie du renflement lombaire. Dans la partie supérieure de ce renflement, la dégénérescence respectait une mince zone des cordons postérieurs, contiguë aux cornes postérieures. Les cordons latéraux étaient également dégénérés à leur périphérie, conséquence directe du traumatisme. Dans la partie inférieure du segment dorsal, la zone de dégénérescence envahissait presque toute l'épaisseur des cordons postérieurs; en remontant, elle se localisait de plus en plus dans la portion interne de ces cordons. Dans la partie inférieure du segment cervical, la zone de dégénérescence rappelait la forme d'une bouteille couchée horizontalement. Dans le renflement cervical, elle avait la forme d'un coin dont le sommet n'arrivait pas jusqu'à la commissure postérieure. La dégénérescence des cordons latéraux se poursuivait sur toute l'étendue du segment dorsal, jusqu'à l'extrémité inférieure du renflement cervical.

4° Fracture et luxation de la neuvième vertèbre lombaire. Mort au bout de trois mois. Dans l'intervalle, paralysie motrice complète des membres inférieurs, de la vessie. Anesthésie complète sur les membres inférieurs et la partie inférieure du tronc; atrophie considérable des muscles paralysés, avec abolition de l'excitabilité faradique et galvanique dans les muscles innervés par le péronier. Décubitus.

A l'autopsie, on constate une solution de continuité complète de la moelle; les deux bouts divisés sont disjoints l'un de l'autre d'un pouce environ. Au-dessus, sur une étendue assez considérable, dégénérescence complète des cordons postérieurs et de la plus grande partie des cordons antéro-latéraux. De plus, à droite, dans le cordon postérieur, excavation de 1 centimètre 1/2 de long, contenant un séquestre formé par des cellules granuleuses. Dans la partie supérieure du segment dorsal la dégénérescence occupe toute la masse du cordon postérieur, à l'exception d'une zone interne; dégénérescence du rebord des cordons latéraux en forme de cercle, allant jusqu'aux faisceaux propres des cordons antérieurs. Elle s'étend en conservant cette même forme à travers tout le segment cervical, allant de l'extrémité des cornes postérieures jusqu'aux faisceaux propres des cordons antérieurs. En descendant, la dégénérescence affectait d'une façon irrégulière les différents cordons blancs. Dans la partie supérieure du segment lombaire, la dégénérescence intéressait les faisceaux pyramidaux, et de plus une zone circulaire dans les cordons antéro-latéraux.

De la localisation de la dégénérescence secondaire dans les deux premiers cas, Schültze conclut que les fibres des cordons postérieurs en communication directe avec les nerfs sciatiques traversent la partie du cordon de Goll située le plus en arrière et le plus en dedans. D'autre part, en comparant entre eux les quatre cas au point de vue de la topographie de la dégénérescence secondaire dans ses rapports avec la lésion primitive, Schültze conclut que l'étendue de la zone dégénérée n'est pas en rapport constant avec l'étendue et l'intensité des symptômes qui dépendent de la suppression fonctionnelle d'un territoire central. Toutefois, il fait remarquer que seul l'examen microscopique permet de juger d'une façon exacte l'intensité de la dégénérescence; dans des zones de dégénérescence grise présentant à l'œil nu la même étendue, le microscope fait constater des différences considérables au point de vue du nombre des fibres nerveuses restées intactes.

5° Tumeur périméningée, ayant déterminé par compression progressive

de la moelle une solution de continuité du névraxe, au niveau de la partie moyenne du renflement cervical. Dégénérescence secondaire ascendante qui dans la partie supérieure du segment cervical occupait à la fois les cordons de Goll, la partie la plus interne des cordons cunéiformes et le territoire situé à la partie la plus postérieure de la moelle. Plus en haut, la zone de dégénérescence s'amincissait, mais occupait néanmoins la moitié environ de l'épaisseur du cordon postérieur. Dans les cordons latéraux, elle occupait le rebord périphérique, allant de l'extrémité des cornes postérieures jusqu'aux cordons antérieurs. Dans le segment inférieur de la moelle, les cordons postérieurs présentaient, sur une étendue de 2 millimètres 1/2, une zone de dégénérescence parallèle à la corne postérieure et n'atteignant ni la commissure postérieure, ni le bord postérieur. La dégénérescence descendante intéressait, en outre, les faisceaux pyramidaux; dans le reste des cordons antéro-latéraux, les fibres nerveuses étaient également raréfiées, mais à un moindre degré.

De l'examen de ces faits et de ceux rapportés par d'autres observateurs, il résulte que les cordons de Goll, tels qu'on les décrit communément, sont constitués dans le segment cervical par des fibres nerveuses qui se continuent dans les racines sensitives postérieures destinées aux membres inférieurs. A ces fibres *à long trajet* viennent se rallier d'abord, en avant et latéralement, les fibres analogues provenant du segment dorsal, plus haut et latéralement les fibres analogues qui se continuent dans les racines cervicales. Les cordons de Goll ne constituent donc pas un système qui se différencie qualitativement des territoires avoisinants; ils représentent simplement les plus longs faisceaux du système des fibres qui sont la continuation des racines sensitives destinées aux membres inférieurs, peut être aussi de celles provenant de la région dorsale. C'est ce qu'avait déjà soutenu Schiefferdecker.

D'autre part, comme à la suite d'une section transversale primitive quelconque du névraxe la zone de dégénérescence va en s'amincissant de bas en haut, on peut conclure qu'une partie des fibres dégénérées des cordons postérieurs sont plus courtes que les autres, et aboutissent à d'autres centres terminaux (cellules des cornes postérieures). Avec Schiefferdecker et Kahler, Schültze soutient que la délimitation adoptée jusqu'ici pour les cordons de Goll ne saurait être maintenue. Il admet à la rigueur qu'on donne le nom de cordons de Goll aux faisceaux de fibres qui s'étendent depuis les racines postérieures jusqu'aux *clavæ*. Mais alors les limites à assigner à ces cordons, dans le segment cervical, vont beaucoup plus loin que celles qu'on leur reconnait communément. Quant à la délimitation topographique des cordons de Goll dans le segment lombaire, les faits rapportés par Schültze ne nous renseignent pas plus que les recherches embryogéniques de Flechsig. Ce que l'on sait, c'est que les fibres des nerfs sciatiques qui pénètrent dans les cordons de Goll dévient bientôt en dedans, pour gagner la ligne médiane, après être restées mêlées quelque temps aux fibres plus courtes. Un peu plus haut, la même disposition s'observe pour les fibres émanant des nerfs cruraux. De toute façon, ajoute Schültze, on ne saurait considérer le petit district ovalaire décrit par Flechsig dans les cordons postérieurs de la portion inférieure du segment lombaire comme étant la continuation du cordon de Goll.

La zone de dégénérescence, en forme de virgule, située dans les cordons postérieurs (obs. V), doit également être considérée comme étant d'ordre secondaire ; Schültze présume qu'elle intéressait des fibres émanant des racines postérieures et qui vont en déviant vers en bas.

La dégénérescence ascendante des faisceaux cérébelleux latéraux ne s'observe ni à la suite des lésions de la queue de cheval, ni à la suite des lésions du segment lombaire, mais seulement à la suite des lésions de la partie inférieure du segment dorsal. Elle occupe en largeur une étendue plus grande que celle que Flechsig a assignée aux faisceaux cérébelleux latéraux.

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique du tabes dorsalis, Schültze se rallie à l'opinion de ceux qui considèrent l'atrophie des fibres nerveuses comme le fait primitif, et les altérations interstitielles comme secondaires en date. Dans les cas de tabes pur, la dégénérescence affecte la même distribution topographique que la dégénérescence secondaire consécutive aux lésions de la queue de cheval. Elle intéresse à la fois les fibres longues, qui des racines postérieures s'étendent jusqu'aux *clavæ*, et les fibres courtes qui cheminent dans les faisceaux propres des cordons postérieurs, mais elle respecte les faisceaux cérébelleux, qui sont frappés dans la forme héréditaire de Friedreich. Si l'on considère les deux ordres de fibres, courtes et longues, comme constituant deux systèmes, le tabes serait une affection systématique complexe, dans le sens de Strümpell. Mais s'il était prouvé, par des recherches ultérieures, que les deux systèmes de fibres sont équivalents au point de vue fonctionnel, qu'ils aboutissent à des centres homologues, le tabes ne devrait plus être considéré que comme une affection systématique simple, frappant l'ensemble des faisceaux sensitifs des cordons postérieurs et comparable aux affections systématiques dues à la dégénérescence des faisceaux pyramidaux et des cellules ganglionnaires des cornes antérieures.

XX. — Femme de 43 ans, qui présenta au commencement de 1881 les premiers signes de la paralysie générale (délire des grandeurs). Internée dans un asile, le 5 avril 1881, elle avait alors de l'embarras de la parole, avec légère paralysie faciale à droite et légère dilatation de la pupille du même côté.

Au commencement de 1882, il s'ajouta à ces symptômes une grande incertitude des mouvements des membres inférieurs, de la maladresse des mains qui tremblaient au moindre effort. En même temps le trouble mental s'aggravait. Les troubles de la motilité allèrent en s'accentuant. Exagération considérable des réflexes tendineux, de l'excitabilité mécanique des muscles et des nerfs. Contracture et parésie des membres inférieurs. Le tremblement provoqué par les mouvements volontaires persista jusqu'à la fin. Quand on passait le doigt sur la région située en avant de l'oreille, on déterminait les secousses des muscles de la face qu'on observe dans les cas de tétanie. La percussion des rameaux du facial développait des secousses dans les muscles correspondants. L'excitabilité réflexe et mécanique des muscles de la face était plus prononcée à droite, du côté de la parésie. La paupière supérieure à droite était également parésiée. Quand la malade tournait la tête vers le côté droit, l'extrémité céphalique se mettait à trembler. Ce tremblement de la tête se produisait quelquefois au repos. Vers la fin de sa maladie, la malade eut une escarre au siège ; elle ne pouvait plus parler du tout. Mort au bout de dix-huit mois.

A l'autopsie, on trouva trois ordres de lésions : 1° des îlots de dégénérescence vitreuse dans l'écorce grise cérébrale, empiétant, par places, sur la substance médullaire sous-jacente, de façon à effacer la limite des deux substances; 2° une sclérose diffuse dans la protubérance et le bulbe, sclérose caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel et par un épaississement de l'épendyme du quatrième ventricule sans altération notable des éléments nerveux ; 3° une dégénérescence fasciculée des faisceaux pyramidaux dans la moelle, avec des îlots de sclérose d'étendue variable, disséminés dans le névraxe. En outre, les travées conjonctives qui pénètrent dans la moelle en partant de la pie-mère étaient épaissies ainsi que cette dernière.

L'auteur passe en revue les cas de dégénérescence vitreuse de l'écorce grise publiés jusqu'à ce jour, et il s'attache à démontrer que le tremblement provoqué par des mouvements volontaires, l'exagération de la réflectivité et de l'excitabilité mécanique des muscles et des nerfs étaient sous la dépendance de cette lésion.

Il relate une seconde observation relative à un homme de 49 ans, qui avait contracté la syphilis en 1871. En 1878, cet homme fut pris d'une grande faiblesse des jambes, avec tremblement et parésie des sphincters. Puis il eut de l'embarras de la parole et finalement, en 1879, il présenta les symptômes classiques de la paralysie générale. Il mourut en 1881. A son autopsie on trouva également les traces d'une sclérose diffuse du cerveau et de la moelle, avec foyers disséminés à travers les différents cordons, le tout présentant la plus grande ressemblance avec les lésions trouvées dans le premier cas.

Et pourtant il y avait eu une grande dissemblance dans les symptômes observés chez les deux malades. Ainsi le second n'avait pas eu le tremblement provoqué par les mouvements volontaires, ni la parole scandée, ce qui vient à l'appui des vues de l'auteur, comme quoi les symptômes en question dépendent d'une altération de l'écorce grise, qui faisait défaut dans le second cas.

XXI. — X..., médecin praticien. En 1875, sciatique à droite, qui guérit à la suite d'une cure de bains de boue. En 1878, fluxion de poitrine, avec délire, au sortir de laquelle il s'aperçut d'une grande faiblesse de la jambe gauche; au commencement de 1879, la faiblesse envahit le bras droit. Le malade éprouvait des douleurs rhumatoïdes. Vers la même époque, atrophie de la paume de la main et des muscles interosseux.

En 1880, la parésie gagnait les membres du côté gauche avec atrophie moins prononcée qu'à droite. De ce côté, tremblements fibrillaires dans les muscles paralysés, soubresauts tendineux. Réflexe patellaire très accusé des deux côtés, ainsi que le phénomène du pied. Sensibilité et réflexes cutanés partout normaux. Pas de phénomènes bulbaires. Le malade fut traité par l'électricité qui enraya la maladie jusqu'à la fin de 1882, où il mourut d'une bronchite. Jamais de contracture dans les membres, de troubles de la parole ou de la déglutition.

Autopsie. Cerveau normal. Sur des coupes transversales de la moelle, la substance grise des cornes antérieures était affaissée; la partie postérieure des cordons latéraux présentait une teinte grisâtre dans le segment lombaire. L'examen microscopique des préparations fraîches décéla la présence d'un grand nombre de cellules granuleuses dans les cordons latéraux, au niveau des segments lombaire et cervical. Dans la partie supérieure du segment dorsal elles étaient peu nombreuses, et elles faisaient défaut dans la moitié inférieure. Point d'amas de granulations dans les cornes antérieures. Sur des coupes durcies dans le liquide de Müller et dans l'alcool, on constatait une atrophie considérable des cellules des cornes antérieures; c'est à peine si sur

une tranche on apercevait deux cellules multipolaires bien conservées dans chaque corne. Les fibres nerveuses avaient disparu en majeure partie. On apercevait, par contre, des cellules en forme d'araignées et des cellules pigmentées. Dans tout le segment lombaire, les cellules ganglionnaires avaient à peu près complètement disparu, pour faire place à des amas de cellules en forme d'araignée. Les cornes postérieures étaient partout intactes, ainsi que les colonnes de Clarke et les cordons postérieurs. Dans les cordons latéraux, les faisceaux pyramidaux étaient fortement altérés ; le nombre des fibres nerveuses avait notablement diminué, et quelques-unes de celles qui restaient étaient devenues plus minces. Le tissu interstitiel avait proliféré et cette prolifération était en rapport avec le degré d'atrophie des éléments propres. La lésion intéressait également, mais à un degré moindre, la partie antérieure du cordon latéral, située en avant des faisceaux pyramidaux. Elle avait pour limite supérieure la décussation des pyramides. Dans les nerfs périphériques, on constatait des lésions analogues : atrophie des fibres nerveuses, prolifération du tissu interstitiel. De même, dans les muscles, un grand nombre de fibrilles avaient disparu ; parmi celles qui restaient, beaucoup étaient amincies, aplaties. Les noyaux n'étaient pas considérablement augmentés de nombre.

Des données histologiques l'auteur conclut que la lésion des cordons latéraux était postérieure à celle des cornes antérieures. Cette particularité est d'autant plus digne d'intérêt, que la dégénérescence des faisceaux pyramidaux ne se poursuivait pas dans le bulbe et les pédoncules, qu'elle s'arrêtait net à l'entrecroisement des pyramides. Vierordt montre que l'évolution clinique parle également en faveur de l'apparition tardive de la dégénérescence des faisceaux pyramidaux. C'est tout au plus si on peut rattacher à cette dernière lésion l'exagération des réflexes patellaires. Pour ce qui est de la nature du processus, Vierordt incline à rattacher ce cas à la paralysie bulbaire amyotrophique de Leyden, malgré l'absence de phénomènes bulbaires. Dans tous les cas décrits sous ce nom, il n'existait pas de contracture musculaire, du vivant des malades, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de sclérose latérale amyotrophique. Küssmaul et Erb ont montré, d'ailleurs, que l'atrophie progressive des noyaux bulbaires et la dégénérescence atrophique des cornes antérieures ne sont que des localisations différentes d'un seul et même processus. E. RICKLIN.

XXII. — Ce travail, essentiellement critique, ne prête guère à l'analyse. Kahler cherche, d'après les faits connus et quelques observations inédites, la relation qui existe entre les altérations des centres moteurs ou de la substance grise des cornes antérieures, d'une part, et les phénomènes de paralysie, d'atrophie et de contracture, d'autre part. Il arrive aux conclusions suivantes : La dégénération primitive des cordons de transmission motrice dans la moelle, avec participation des zones motrices de la substance grise, est le substratum anatomique du complexus symptomatique connu sous le nom d'atrophie musculaire progressive à forme spinale, de paralysie bulbaire progressive, de sclérose latérale amyotrophique. Ces tableaux cliniques ne constituent pas autant d'espèces morbides différentes, mais dépendent de la localisation ou de la diffusion variables de ces processus dégénératifs ; l'atrophie et la paralysie paraissent être, l'une ou l'autre, d'autant plus prononcées que la lésion a évolué plus ou moins vite dans telle ou telle région de la moelle. Lorsque la lésion porte surtout sur les faisceaux de transmission mo-

trice, les faisceaux pyramidaux principalement, les phénomènes spasmodiques apparaissent. Plus l'évolution est lente, moins les symptômes paralytiques viennent compliquer les phénomènes atrophiques, si bien que dans les processus absolument chroniques on n'a que l'atrophie pure. Il est donc difficile de séparer d'une manière absolue les affections ci-dessus indiquées, et l'on comprend combien les formes de transition sont fréquentes. L. D.-B.

XX. — Voici le résumé de cette observation importante :

Jeune homme de 17 ans. Jusqu'à l'âge de 16 ans il perdait ses urines au lit. Mère morte, à 25 ans, d'une affection pulmonaire. Pas de saturnisme, ni de syphilis. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, engourdissement des membres succédant à des maux de tête violents.

On constate une paralysie avec atrophie de tous les muscles du corps, ceux de la face exceptés. La paralysie a mis quinze jours à se compléter et ne paraît pas avoir commencé nettement par un groupe musculaire déterminé. Diminution légère de la contractilité faradique pour la plupart des muscles ; abolition presque totale pour ceux de la région antéro-externe de la jambe. Perte des réflexes rotuliens. Quelques douleurs spontanées dans les membres et le long de la colonne vertébrale. Engourdissement au bout des doigts orteils. Pas de troubles notables de la sensibilité. Pas de troubles de la vessie, ni du rectum. Absence d'escarres. Polyurie légère, constatée seulement un mois après le début. Pas de sucre, ni d'albumine. Dysphagie. Dyspnée. Accélération persistante du pouls. Fièvre constatée seulement au moment de l'arrivée des phénomènes paralytiques, 39°,8. Arthropathies aiguës des articulations phalangiennes du gros orteil des deux côtés, du cou de pied gauche, des deux genoux. Troubles trophiques de la peau des orteils et du dos de l'avant-pied, consistant en une desquamation par plaques cornées, et un piqueté hémorragique. Régression de la paralysie, débutant après dix jours de période d'état par les fléchisseurs à l'avant-bras et se complétant graduellement. Guérison totale au bout de trois mois et demi de maladie. A ce moment, persistance de l'accélération du pouls, de la perte des réflexes rotuliens et retour très imparfait de la contractilité faradique dans les muscles des deux jambes, surtout à la région antéro-externe.

De cette observation, l'auteur pense qu'on est en droit de conclure à l'existence d'une forme de myélite des cornes antérieures, intermédiaire au point de vue de la marche entre la paralysie spinale de l'adulte et la paralysie générale spinale à marche diffuse et curable. A. C.

I. — **Ueber einen Fall von Tabes mit Herdsymptomen des Gehirns, par WERNICKE et WESTPHAL** (*Berliner klin. Wochensch.*, *n°* 1, *p.* 14, 1884).

II. — **Die Beziehungen der Hemikranie zur Tabes dorsalis, par H. OPPENHEIM** (*Ibid.*, *n°* 38, 1884).

III. — **Zur Symptomalogie der Tabes dorsalis, par O. BERGER** (*Sitzung. der med. Section Schlessis. Gesselschaft für vaterlandische Heilkunde*, 11 *mars* 1884).

IV. — **Étude sur les accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer l'ataxie locomotrice, par LECOQ** (*Revue de médecine*, *p.* 492, 1882).

V. — **Observations de tabes avec phénomènes épileptiformes, par VULPIAN** (*Ibid.*, *p.* 142, 1882).

VI. — **Ueber apoplectiforme (und epileptiforme) Anfälle in frühen Stadien**

oder im Verlauf der Tabes (Des attaques apoplectiformes (et épileptiformes) dans la période initiale et dans le cours du tabes), par M. BERNHARDT (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Bd. XIV, Heft* 1, *p.* 134).

VII. — Note sur un cas d'hémiatrophie de la langue dans le cours d'un tabes dorsal, par F. RAYMOND et G. ARTAUD (*Archives de physiologie, avril* 1884).

VIII. — Ueber Vagus-Erkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis, par H. OPPENHEIM (*Neurologisches Centralblatt, n°* 23, *p.* 456, 1884).

IX. — Recherches sur les altérations bulbaires chez les ataxiques et les crises laryngées, par LANDOUZY et DÉJERINE (*Comptes rendus de la Société de biologie, n°* 19, 1883).

X. — Crises viscéralgiques de l'ataxie locomotrice, par R.-A. VEILLAU (*Thèse de Paris*, 1885).

XI. — Contributions à l'histoire des troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice progressive, par H. ROGER (*Revue de médecine, p.* 1885, 1884).

XII. — Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, par A. PITRES (*Progrès médical, n°* 37, 13 *septembre* 1884).

XIII. — Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive, par LE MÊME (*Ibidem, n°* 28, 14 *juillet* 1884).

XIV. — Troubles visuels dans le tabes dorsalis, par SCHMEICHLER (*Archiv of Ophtalm. New-York, septembre-décembre* 1883).

XV. — On ophthalmoplegia interna in conjunction with tabes dorsalis, with some remarks on gastric crises, par Th. BUZZARD (*Brain, p.* 34, *avril* 1884).

XVI. — Des troubles vertigineux dans le tabes (Vertige de Ménière tabétique), par P. MARIE et L. WALTON (*Revue de médecine, n°* 1, *p.* 42, 1883).

I. — Homme de 51 ans, malade depuis 5 ans, et offrant depuis 3 ans des troubles de la marche. A une certaine époque, il a eu de la diplopie, mais au moment de son admission on ne constate que les phénomènes tabétiques sans aucun symptôme cérébral. L'extension du sciatique fut faite sans succès. Quelques mois plus tard, léger accès convulsif accompagné de perte de la connaissance, mais ne laissant pas de trace ; au bout de 3 jours, nouvel accès semblable à la suite duquel on reconnut une aphasie sensorielle. L'intelligence baissa graduellement. Il y eut encore quelques accès convulsifs. Puis le malade devint dément et succomba dans le cours d'une paralysie générale.

A l'autopsie, en outre des lésions corticales de la paralysie générale tout le lobe temporal gauche était lésé. Les circonvolutions étaient petites et aplaties. Dans sa moitié antérieure, se trouvait un foyer de ramollissement brunâtre de la grosseur d'une prune. Au voisinage, injection des nombreux vaisseaux existants et même corps granuleux que dans le foyer lui-même. Les altérations s'étendaient davantage dans l'écorce que dans la substance blanche. Dégénération graisseuse des cellules ganglionnaires voisines du foyer ; dégénération grise des cordons postérieurs de la moelle.

Wernicke rapporte ce fait comme un exemple d'ataxie locomotrice, compliquée d'affection cérébrale localisée.

Pour Westphal, au contraire, il s'agit d'un cas de paralysie générale

débutant par des phénomènes tabétiques et se compliquant d'un foyer cérébral dans le lobe temporal gauche. Il est possible que ce soit ce dernier qui ait produit l'aphasie et les convulsions, mais ce n'est pas démontré, car, dans la paralysie générale, on observe les mêmes phénomènes en l'absence de toute localisation cérébrale. J. B.

II. — Sur un ensemble de 85 tabétiques, Oppenheim en a trouvé 12 qui étaient ou avaient été sujets à des accès de migraine. Sur ces 12 malades 10 étaient des femmes. La grande fréquence de la migraine chez les femmes est attestée par cette autre circonstance, à savoir, que sur 32 femmes tabétiques interrogées par l'auteur il s'en est rencontré 10 qui se disaient sujettes à la migraine. Il y aurait là plus qu'une simple coïncidence; la migraine, à l'idée de M. Oppenheim, serait une manifestation du tabes et une manifestation précoce, pouvant précéder les autres de plusieurs années. Il peut se faire que les crises de céphalalgie cessent de se reproduire; une fois qu'elles se sont déclarées, les phénomènes vulgaires de la migraine disparaissent; mais toujours les crises de vomissements persistent, de sorte qu'aux accès de migraine proprement dite se sont substituées des crises gastriques.

La conclusion qui se dégage des faits signalés par Oppenheim, c'est que chez les personnes sujettes à la migraine la recherche des signes précoces du tabes, du signe de Westphal (abolition du phénomène du genou) s'impose. La migraine peut ainsi mettre sur la piste d'un tabes dorsalis commençant.

III. — O. Berger a insisté d'abord, dans sa communication à la Société de médecine de Breslau, sur la fréquence des douleurs lancinantes dans le cours du tabes dorsalis. Chez les malades sur lesquels O. Berger a pu recueillir des renseignements à cet égard, et dont le nombre s'élève à 380, ces douleurs n'ont manquée que dans la proportion de 14,5 0/0. Elles ont souvent pour siège les nerfs craniens; parfois elles affectent les allures de la névralgie occipitale (migraine), et alors il n'est pas rare qu'elles précèdent ou accompagnent l'atrophie des nerfs optiques.

O. Berger a insisté ensuite sur la précocité des symptômes urinaires dans le tabes. Il arrive en effet que des troubles de la miction constituent pendant des années l'unique manifestation d'un tabes commençant (tabes dysurica), comme ce fut le cas chez un malade de Berger. Pendant deux ans, cet homme ne présenta d'autres symptômes d'une maladie des centres nerveux, que de l'incontinence nocturne et de l'ischurie.

E. RICKLIN.

IV. — Après avoir rapporté trente-cinq observations d'ataxie locomotrice compliquées d'attaques apoplectiformes ou d'accès vertigineux, Lecoq compare ces accidents à ceux que l'on observe au cours de la sclérose en plaques et de la paralysie générale progressive. Ils peuvent, d'après lui, se montrer, soit isolés, soit à l'occasion de crises laryngées, soit avec des phénomènes épileptiformes. Ils apparaissent au début, dans le cours et même à la fin de la maladie. Ils existaient de par le fait de l'ataxie et sans qu'il fût nécessaire de les attribuer soit à la cause de l'affection, soit à une complication intercurrente. Ils consistent en vertiges, étourdissements légers ou graves, qui peuvent déterminer la chute du malade et la perte de connaissance; en troubles paralytiques divers, plutôt fugaces que permanents, parfois même en attaque coma-

teuse mortelle. Lorsqu'ils ont une durée prolongée, lorsqu'ils sont accompagnés ou suivis d'hémiplégie ou d'aphasie permanente, on peut les attribuer à une complication ou à l'étiologie plutôt qu'au processus lui-même.

V. — Homme de 27 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, pas d'excès vénériens, diarrhée depuis une dizaine d'années, phénomènes épileptiformes et apoplectiformes au début de l'affection médullaire, phénomènes du même genre à plusieurs reprises pendant l'évolution de la maladie; une des attaques épileptiformes suivie d'hémiplégie passagère. Tableau clinique un peu différent de celui du tabes dorsal classique. Affaiblissement passager de certains groupes musculaires. Crises laryngées. Disparition des accidents convulsifs à mesure que la maladie évolue. C. GIRAUDEAU.

VI. — 1° Homme de 47 ans, sujet depuis cinq ans à des douleurs qui revenaient par accès, occupant tantôt le cou-de-pied, tantôt le tendon d'Achille. Par moments, hyperesthésie extrême de la peau des jambes. Pour marcher, cet homme avait besoin d'un bâton, sans quoi il perdait l'équilibre. Il lui était d'ailleurs impossible de se tenir d'aplomb, les pieds étant rapprochés l'un de l'autre et les yeux fermés. Aux jambes, on notait des troubles très accusés de la sensibilité (de la sensibilité thermique en particulier). Paresthésie dans les doigts de la main. Le malade a vu double. Sensation de brouillard; paralysie du droit externe à droite; pupille droite plus resserrée que la gauche. L'acuité visuelle égale des deux côtés. Pas d'autres troubles sensoriaux. Abolition du phénomène du genou. Incontinence d'urine. Ténesme rectal, avec violentes douleurs à l'anus.

Il y a dix semaines, impuissance motrice subite, très passagère du bras droit; en même temps le malade resta dix minutes sans pouvoir parler. Il y a environ six semaines, le malade eut une vingtaine d'attaques du même genre dans l'espace de vingt-quatre heures; la paralysie, qui occupait tout le côté droit, s'accompagnait constamment d'embarras de la parole. Pas de perte de connaissance.

Un peu plus tard, attaque d'aphasie. M. Bernhardt vit le malade deux heures après. Il comprenait parfaitement ce qu'on lui disait, mais était dans l'impossibilité de répondre par paroles; ses réponses écrites étaient libellées d'une façon très incorrecte. Le pouls était accéléré (100); la température corporelle paraissait être au-dessus de la normale. Cette attaque d'anarthrie dura jusqu'à dix heures du soir. Le malade fut perdu de vue.

2° Un homme de 47 ans, n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques, mais ayant mené une existence très fatigante, éprouvant depuis plusieurs années des sensations douloureuses dans la moitié droite de la face, principalement dans le voisinage de l'œil.

Il y a trois ans et demi, il fut frappé subitement d'aphasie; la parole lui revint quelques instants plus tard. Mais dans la soirée il perdit connaissance pendant trois quarts d'heure. Le lendemain, il avait encore un peu d'embarras de la parole, et pendant plusieurs semaines il continue à ressentir une fatigue générale.

Depuis deux ans le malade a des douleurs lancinantes dans les jambes, se fatigue très vite. Il lui est très difficile de se tenir d'aplomb les yeux fermés, ou en se tenant sur un seul pied. Phénomène du genou aboli des deux côtés; la sensibilité à la douleur est diminuée aux membres inférieurs, la perception douloureuse ralentie. État général satisfaisant; puissance virile intacte.

L'auteur fait remarquer que ces attaques apoplectiformes avec ou sans aphasie, avec ou sans paralysie d'une moitié du corps, paralysie essentiellement transitoire et qu'il ne faut pas confondre avec les paralysies motrices qu'on observe à titre de symptômes initiaux du tabes,

sont très rares dans cette maladie. Semblables manifestations s'observent dans la première période de la paralysie générale, qui représente un mode de terminaison relativement fréquent du tabes. Aussi l'auteur se demande-t-il si la survenance de ces attaques ne serait pas un signe avant-coureur de la paralysie générale chez les tabétiques ? M. Fournier a décrit des phénomènes analogues, d'*ordre cérébral*, survenant au début du tabes en les invoquant à l'appui de l'origine syphilitique du tabes. Les observations de M. Bernhardt, comme celles de M. Debove, montrent qu'on peut observer dans le cours du tabes des attaques apoplectiformes qui résistent au traitement spécifique. E. RICKLIN.

VII. — En 1875, M. Cuffer a rapporté dans la *Gazette médicale* l'observation d'un tabétique qui, outre les symptômes d'une ataxie locomotrice confirmée, offrait une atrophie légère des muscles de l'éminence thénar de la main droite, et une hémiatrophie droite de la langue.

Le malade qui fait le sujet de cette observation étant mort, en 1883, à l'hospice des Incurables, MM. Raymond et Artaud ont pu constater au microscope l'envahissement de tout le système postérieur de la moelle, fait conforme aux recherches de Pierret, et l'atrophie d'un certain nombre de cellules motrices des cornes antérieures, fait en rapport avec l'atrophie musculaire des membres observés pendant la vie du malade. L'étude histologique du bulbe, de l'hypoglosse et de la langue leur a fourni les résultats suivants :

Dans le bulbe, le noyau principal de l'hypoglosse droit était complètement atrophié, la colonne motrice des nerfs mixtes, et le noyau masticateur du trijumeau étaient légèrement altérés, les autres noyaux moteurs et sensitifs étaient sains.

Dans l'hypoglosse droit un certain nombre de tubes nerveux n'étaient plus représentés que par la gaine de Schwann et ses noyaux, d'autres offraient une myéline segmentée et un cylindraxe à peine visible, beaucoup étaient normaux.

Dans la langue, la moitié gauche était normale, la moitié droite avait subi une transformation adipeuse presque complète. V. HANOT.

VIII. — Dans une longue communication à la Société de psychiatrie de Berlin, Oppenheim s'est occupé des manifestations pathologiques qui surviennent dans le cours du tabes dorsalis et qui peuvent être rapportées à une affection du nerf vague. En tête figurent les crises laryngées dont on s'était, jusqu'alors, fort peu occupé en Allemagne.

L'auteur a présenté un tabique, qui avait depuis un an de la raucité de la voix, par moments de l'aphonie, une respiration sifflante ; l'examen laryngoscopique faisant constater une paralysie des deux crico-aryténoïdiens, et du thyro-aryténoïdien à droite. De temps à autre, le pouls, chez ce malade, devenait arythmique, avec des intermittences de 6 à 8 pulsations.

Une femme, chez laquelle le tableau clinique du tabes était réalisé d'une façon très complète, avait également des crises gastriques et laryngées. Dans les derniers temps de la vie, l'existence d'une paralysie des cordes vocales ne faisait plus doute. A l'autopsie les cordons postérieurs de la moelle étaient le siège de la dégénérescence grise classique ; on ne trouva point d'altérations structurales dans la zone des noyaux d'origine des nerfs vague et accessoire, mais les troncs du nerf vague et du nerf récurrent étaient fortement dégénérés, comme on pouvait s'en convaincre sur des préparations présentées par l'auteur.

Oppenheim a observé des crises laryngées chez douze tabétiques. Les caractères de ces crises sont variables. Celles-ci rappellent tantôt les quintes de la coqueluche, tantôt les accès de laryngite striduleuse.

D'autres fois elles alternent avec des accès de dyspnée et d'angoisse. Elles peuvent se reproduire pendant des années, sans entraîner de conséquences graves. Mais à la longue, et quand les accès sont devenus très rapprochés, il est habituel qu'il se développe des paralysies du larynx dont on sait les conséquences possibles. L'auteur a vu un malade succomber dans le cours d'un accès.

Oppenheim a confirmé ce qu'on a dit de la coïncidence fréquente des crises gastriques et des crises laryngées; souvent aussi ces crises s'accompagnent de dysphagie, d'accès de vertige ou de syncope. Trois des malades, observés par l'auteur avaient des arthropathies tabétiques.

Autre détail à noter, dans presque tous les cas de tabes avec crises laryngées et gastriques, Oppenheim a constaté l'existence d'un point douloureux à la pression, situé le long du bord externe du sterno-cléido-mastoïdien.

Dans la discussion qui a suivi, Westphal a mentionné le cas d'un tabétique sujet, de son vivant, à des crises laryngées, et à l'autopsie duquel on a reconnu l'existence d'une sclérose de l'épendyme du quatrième ventricule. La participation du noyau du nerf vague à ce processus de sclérose était vraisemblable, selon Westphal.

Jastrowitz a cité un cas de tabes, qui avait débuté par des crises laryngées avec paralysie de l'oculo-moteur commun, et Remak un cas où le début du tabes avait été marqué par une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur.

IX. — Dans un cas d'ataxie avancée avec atrophie complète des nerfs optiques il y avait encore des crises laryngées. Les auteurs attribuent ces crises à une atrophie pigmentaire des cellules ganglionnaires du pneumo-gastrique et du spinal dans toute leur hauteur et surtout dans les noyaux antérieurs de la 10e et 11e paire.

Ces faits, déjà indiqués antérieurement par Kahler en diffèrent pourtant par quelques particularités; ils montrent à retenir que les crises laryngées des ataxiques sont dues à de vraies lésions anatomiques, comme celles du nerf optique, et que le processus anatomique dans l'ataxie a aussi une tendance à se créer des lésions multiples.

X. — La thèse de M. Veilleau, purement descriptive, comprend une étude très concise des différentes variétés de viscéralgies, considérées suivant leur siège, qu'on a rencontrées jusqu'ici chez des tabétiques. Crises génitales, néphrétiques, uréthro-vésicales, ano-rectales, gastriques, entéralgiques, laryngées. L'auteur insiste sur ce que l'apparition de ces viscéralgies peut marquer le début de la myélopathie. Il conclut qu'en présence de ces crises viscérales ataxiques, il faut être sobre d'intervention thérapeutique directe et s'attacher surtout à remédier aux inconvénients immédiats. E. RICKLIN.

XI. — L'auteur distingue d'abord l'entéralgie de l'entérorrhée tabétique. C'est à la description de cette dernière qu'est consacrée la majeure partie de son mémoire. Elle est caractérisée par l'absence de douleurs ou, s'il y a quelques coliques, elles sont très légères. L'accès débute brusquement, sans qu'on puisse incriminer un écart de régime ou toute autre cause occasionnelle. Le malade expulse des matières liquides, séreuses ou muqueuses, de coloration grisâtre, jaunâtre ou verdâtre. Il rend ainsi trois, quatre, quelquefois six, et même huit selles

par jour. Si le nombre en est considérable, il peut survenir un peu de ténesme qu'on ne doit pas confondre avec les crises rectales de l'ataxie. Assez souvent, on a noté de la dysurie. Ces crises durent un temps variable. Si, dans quelques cas, elles ne durent qu'un jour, plus souvent elles reviennnent deux, trois et quatre jours de suite ; il n'est pas rare de les voir se prolonger une semaine et plus. L'accès se termine aussi brusquement qu'il apparaît, sans passer par cet état intermédiaire des diarrhées liées aux gastro-entérites ordinaires.

Pendant quelques jours les fonctions digestives se font bien. Puis, à la suite d'une crise douloureuse ou sans cause appréciable, la diarrhée reparaît avec les mêmes caractères. Dans certains cas, les retours se font d'une façon périodique assez régulière. Les crises entérarrhéiques se prolongent généralement pendant un temps assez long, un à trois ans et quelquefois plus longtemps encore. Il est assez fréquent de les voir coexister avec des crises de vomissements ou avec d'autres troubles sécrétoires. C. GIRAUDEAU.

XII. — Parmi les phénomènes rares qui marquent le début de l'ataxie locomotrice, l'auteur signale les crises clitoridiennes.

L'un des cas concerne une femme de 48 ans, qui, en 1880, fut atteinte de crises gastralgiques ; quelques temps après, des crises clitoridiennes survenaient. Deux fois par mois, sans provocation physique ou psychique la malade ressentait un chatouillement clitoridien qui persistait, en augmentant d'intensité, pendant un quart d'heure et se terminait par un spasme érotique complet avec abondante sécrétion vulvo-vaginale. Sans prodromes, cet accident apparaissait tantôt le jour, tantôt la nuit. L'érection clitoridienne cessait après l'éjaculation et n'était suivie d'aucune fatigue notable. Pendant une année ces vomissements et ces crises clitoridiennes ont été les premiers symptômes de l'ataxie, qui ensuite a évolué comme à l'ordinaire.

Le deuxième cas est analogue. OZENNE.

XIII. — Pitres rapporte les observations de trois malades chez lesquels, tout à fait au début de l'ataxie, il a constaté de véritables accès de courbature musculaire, survenant brusquement, sans cause appréciable, persistant quelques heures ou quelques jours, et se dissipant sans laisser de fatigue persistante ; ces accès se reproduisaient à intervalles rapprochés ou éloignés ; ils consistaient en une sensation pénible de lassitude et de brisement musculaire semblable à celle qui survient chez les gens bien portants à la suite d'un exercice physique trop prolongé ; cette sensation a pour siège les muscles des jambes et de la région lombo-sacrée ; elle peut être assez forte pour obliger le malade à se coucher ; ces crises peuvent être pendant plusieurs années le seul symptôme morbide reconnu par les malades.

Pitres rapproche ces crises des douleurs fulgurantes des membres et viscérales prémonitoires. H. L.

XIV. — L'atrophie du nerf optique est caractérisée par la décoloration de la papille et de ses vaisseaux, par la limitation concentrique du champ visuel, par la diminution ou l'absence de perception des couleurs, par l'abaissement d'abord rapide, puis graduel de la vue. L'acuité visuelle et la perception des couleurs sont surtout à interroger, alors qu'on veut se rendre compte des progrès de l'affection.

Les troubles pupillaires sont caractérisés soit par la paralysie de l'iris,

soit par un myosis qui résiste à l'atropine et finalement par l'inégalité des pupilles.

Les paralysies des muscles de l'œil se développent graduellement et disparaissent lentement. Elles persistent rarement pendant toute l'existence et peuvent revenir après avoir disparu. On ne les rencontre dans aucune autre affection de la moelle épinière. A. TROUSSEAU.

XV. — Ce mémoire repose sur deux observations :

1° La première concerne une femme de 25 ans, atteinte d'ataxie non douteuse. Les globes oculaires sont symétriquement immobiles, accompagnés de ptosis des paupières.

2° Homme de 36 ans, non syphilitique. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, diplopie et affaiblissement de la vue ; depuis six mois, douleurs fulgurantes. Outre les signes habituels de l'ataxie, il présente les symptômes suivants :

Paupières tombantes, surtout la droite ; le malade peut les abaisser, mais il lui est impossible de les relever. Globes oculaires proéminents, complètement immobiles, légère divergence des deux axes optiques ; insensibilité complète à la lumière, perte des réflexes pupillaires sans myosis. Simultanément paralysie faciale ; le malade ne peut ni siffler, ni retenir sa salive ; un peu de gêne de la déglutition. Notable degré de surdité.

Au bout de trois semaines, le malade fut pris un jour d'une quinte de toux, suivie instantanément d'une dyspnée intense, avec cyanose de la face et des lèvres, et menaces d'asphyxie subite. Au bout de quelques instants, la crise cessa ; mais bientôt la dysphagie fit des progrès, des râles emplirent la poitrine ; finalement il devint délirant et mourut d'asphyxie pulmonaire.

Autopsie. Cerveau normal d'apparence. En enlevant l'encéphale, quelques-uns des nerfs crâniens ne peuvent être retrouvés, probablement à cause de leur ténuité atrophique. Telles sont la 3e paire gauche et la 6e paire (nerf abducteur de l'œil).

Histologiquement, lésions spinales très prononcées, sclérose des cordons postérieurs sur toute leur étendue ; altérations des zones radiculaires surtout dans la région dorsale, peu dans la région cervicale, très peu dans la région lombaire. Sclérose dans les cordons de Goll à la région cervicale.

Dans la substance grise, dégénération des cornes postérieures, cavités kystiques occupant la substance gélatineuse postérieure de la région lombaire. Corpuscules amyloïdes nombreux au sein de la substance grise.

Examen de la protubérance et du bulbe.

Intégrité des noyaux occupant la partie inférieure du plancher du 4e ventricule (accessoire, hypoglosse, vague et glosso-pharyngien) ainsi que de l'olive et des corps restiformes.

A partir de l'origine de la 6e paire, lésions très prononcées. Le processus initial paraît être une sclérose vasculaire ; secondairement se sont pris les noyaux du nerf abducteur, qui sont détruits, ainsi que ses fibres radiculaires. De nombreux foyers de désintégration, consécutifs à d'anciennes apoplexies capillaires, se montrent dans la protubérance.

L'examen de la 3e paire, au niveau de son noyau d'origine, n'a malheureusement pu être fait d'une manière complète.

L'auteur insiste sur la similitude de ces lésions avec celles qui déterminent l'atrophie musculaire progressive. Il s'appuie notamment sur ce que chez la première de ses malades, il y avait une atrophie des sterno-mastoïdiens et des trapèzes qui témoignaient de la lésion du noyau du spinal. Il assimile ce processus scléreux initial avec celui qui donne lieu à la paralysie labio-glosso-laryngée et à la sclérose latérale amyotro-

phique. La localisation des lésions anatomiques établit seule les différences cliniques.

Relativement aux crises gastriques des ataxiques l'auteur les considère comme la conséquence de l'irritation du noyau du pneumo-gastrique par la sclérose envahissante. Cette opinion est confirmée par un fait de Pierret, qui, chez un ataxique à crises gastriques, a trouvé une sclérose du faisceau grêle immédiatement en relation avec le noyau du vague.

Les crises laryngées seraient également dues à la même cause, et porteraient spécialement sur les filets pulmonaires et laryngés du pneumogastrique. Il n'est pas douteux, en effet, que les cellules du noyau du vague n'aient des attributions fonctionnelles très différentes.

Comme présomption à l'appui de cette opinion, l'auteur rappelle que chez le second malade, le noyau du pneumogastrique était absolument intact; or, cet homme n'avait jamais présenté de crises gastriques. H. R.

XVI. — Les recherches faites par MM. Marie et Walton ont porté sur vingt-quatre femmes, atteintes d'ataxie locomotrice, actuellement dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière; dans les deux tiers des cas, ils ont noté des accidents vertigineux d'intensité variable. Quelques malades présentaient en même temps des altérations de l'acuité auditive, mais attribuables chez plusieurs d'entre elles à des affections de l'oreille étrangères au tabes (bouchons de cérumen, otite externe, moyenne, oblitération de la trompe d'Eustache). La plupart, au contraire, bien qu'atteintes de troubles vertigineux intenses, entendaient parfaitement bien le son d'un diapason, soit tenu à distance, soit appliqué sur le front, preuve manifeste de l'intégrité du nerf auditif en tant qu'organe de l'audition. Pour expliquer cette apparente contradiction avec la physiologie courante, MM. Marie et Walton se basent sur les recherches récentes de MM. Duval, Lyon, Erlitzky, etc., qui considèrent le nerf acoustique comme formé de deux parties distinctes, ayant des noyaux d'origine différents et des filets nerveux séparés; l'une, nerf cochléaire ou vrai nerf auditif, l'autre, nerf vestibulaire ou nerf de l'espace. D'après leur hypothèse, ce dernier seul serait lésé. C. GIRAUDEAU.

I. — **A new symptom and a new theory of locomotor ataxy, par Julius ALTHAUS** (*Brit. med. journal, octobre* 1884).

II. — **On unusual case of locomotor ataxia, par David DRUMMOND** (*Ibid.*, 22 *septembre* 1883).

III. — **Knee phenomen in locomotor ataxia, par ZENNER** (*Journal of nervous and mental diseases, t. XI, p.* 242).

IV. — **Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique, par L. GAUCHER et P. DUFLOCQ** (*Revue de médecine, mai* 1884).

V. — **Charcot's joint disease attacking the right elbow and foot, par Clement LUCAS** (*The Lancet*, 1er *mars* 1884).

VI. — **Remarks on the osseous lesions of locomotor ataxy, par WILLIAMS** (*The Lancet*, 9 *décembre* 1883).

VII. — **A case of Charcot's joint disease, par Th. RAVEN** (*British med. Journ.*, *p.* 351, 23 *février* 1884).

VIII. — Spondylolisthese bei einem Tabiker, par G. KRÖNIG (*Zeitchrift für klin. Medicin, t. VII*).

IX. — Affections osseuses et articulaires chez les tabétiques (pied tabétique), par CHARCOT et FÉRÉ (*Arch. de neurologie, novembre* 1883). — **Note sur un nouveau cas de pied tabétique, par Ch. FÉRÉ** (*Revue de médecine, juin* 1884.)

X. — Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique, par P. PORTALIER (*Thèse de Paris*, 1884).

XI. — Contribution à l'étude du mal perforant dans la période préataxique du tabes, par J. DELAY (*Thèses de Paris*, 1884).

XII. — Dystrophie des ongles chez les ataxiques, par PRIOLEAU (*Société anatomique de Bordeaux, t. IV, p.* 32).

XIII. — De la chute et de la dystrophie des ongles chez les ataxiques, par E. DOUMECQ-TUREN (*Thèse de Bordeaux*, 1883).

XIV. — Notes sur quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice, par A. OLLIVIER (*Union médicale*, 8 *septembre* 1883).

XV. — Note sur un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques (état ichthiosique), par BALLET (*Progrès médical*, 19 *mai* 1883).

XVI. — Zur Frage über trophische Störungen der Haut bei Tabikern, par G. ROSSOLYMNO (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XV, Heft* 3).

I. — L'auteur a remarqué que des ataxiques au début, dont l'incoordination motrice est à peine visible, ont une peine infinie et une impossibilité presque absolue de marcher à reculons. En analysant ce symptôme, il arrive à une conception théorique du tabes qui peut se résumer ainsi : dans cette maladie, l'ataxie locomotrice est occasionnée par l'interruption des filets nerveux qui relient les racines postérieures de la moelle et les ganglions centraux du cerveau, grâce à la sclérose des cordons postérieurs. L'ataxie statique est due à l'interruption des filets qui relient les racines postérieures et le cervelet, par suite de la sclérose du faisceau de Goll, qui constitue le tractus cérébelleux direct. H. R.

II. — Le sujet de l'observation de Drummond, un ouvrier de 42 ans, avait contracté la syphilis à l'âge de 20. Il présentait les symptômes classiques du tabes dorsalis, le sens musculaire et la coordination étaient particulièrement affectés. Déjà, au repos, les membres du malade étaient affectés de mouvements choréiformes. La démarche était chancelante comme celle d'un ivrogne. Enfin l'incident suivant donne une idée du genre d'incoordination présenté par le malade. Un jour que celui-ci avait hâte de rejoindre un train de chemin de fer, sur le point de se mettre en marche, il se livrait sur place à une gesticulation désordonnée avec les jambes et les bras, sans en avoir conscience, car il croyait avancer sur le perron de la gare. Les rires et les explications des personnes qui l'entouraient le mirent bientôt au courant de la situation. Chose remarquable, ce malade se tenait très bien en équilibre sur ses jambes au repos.

III. — Zenner relate l'observation d'un homme de 40 ans, non syphilitique, mais depuis fort longtemps sujet à des douleurs lancinantes. Depuis six mois, s'étaient développés des troubles de la coordination et des fonctions urinaires. On porta le diagnostic de tabes. Toutefois Zenner pense qu'il s'agissait là d'une myélite (non systématique), parce que chez le malade en question le phénomène du genou, au lieu d'être aboli comme il arrive dans les cas de tabes, était au contraire exagéré ; en outre le bras gauche avait été envahi par une paralysie avec atrophie musculaire, à marche rapide.

A propos de l'exagération des réflexes tendineux du genou constatée dans ce cas, nous rappellerons que Westphall a signalé une cause d'erreur possible dont il faut tenir compte, et qui fait qu'on peut prendre pour un réflexe tendineux ce qui n'est qu'un réflexe cutané, et croire à une exagération du phénomène du genou, là où ce phénomène est aboli. E. RICKLIN.

IV. — Sur un malade ataxique depuis 1850, mais chez lequel la période des douleurs fulgurantes se serait prolongée jusque vers 1868, aujourd'hui présentant tous les signes classiques de l'ataxie, Gaucher et Duflocq ont constaté au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche les lésions suivantes :

La malléole interne est tuméfiée, augmentée de volume, surtout à sa partie antérieure ; elle forme une grosse tumeur arrondie, assez régulière, se continuant insensiblement avec le corps de l'os. Le tibia présente, à partir de son tiers inférieur, une incurvation assez marquée, à concavité interne. L'altération la plus considérable porte sur la malléole externe. Le péroné est le siège d'une tuméfaction qui commence insensiblement vers le quart inférieur de la jambe et augmente graduellement jusqu'à la malléole. Celle-ci est un peu augmentée de volume ; mais surtout, elle présente, à sa partie antérieure, une ostéophyte volumineuse arrondie, saillante, qui forme comme une seconde malléole, séparée de la vraie malléole externe par un sillon et plus volumineuse qu'elle ; en haut cette ostéophyte se continue par transition insensible avec le corps du péroné. Les autres articulations n'offrent aucune lésion semblable. C. GIRAUDEAU.

V. — Homme de 39 ans, non syphilitique. Quelques semaines avant le début de l'observation, gonflement subit du pied droit qui est devenu rouge et douloureux. A l'examen, signes manifestes d'ataxie locomotrice. Tuméfaction du dos du pied, s'étendant depuis les malléoles jusqu'à la base du métacarpe ; douleurs vives au niveau de la tête de l'astragale pendant la marche. Déformation très remarquable du coude droit : à la face postérieure du cubitus, à deux pouces du sommet de l'olécrâne, saillie arrondie de consistance osseuse égale en volume à la moitié d'une orange de Malte. Sur les parties latérales de la tête du radius existent deux autres saillies osseuses, aiguës et proéminentes, empêchant tout mouvement de pronation et de supination. Une autre stalactite osseuse part de l'olécrâne et s'étend au-dessous du condyle interne de l'humérus. En avant de l'articulation, on sent encore une saillie arrondie, de 4 centimètres environ de diamètre, occupant le côté externe du tendon du biceps et recouverte par les muscles. L'articulation du coude n'est pas douloureuse ; la flexion s'opère normalement, mais l'extension est arrêtée à 150° environ. Après discussion à la Société clinique de Londres, on conclut à une forme anormale d'arthropathie tabétique.

VI. — L'auteur appelle l'attention sur le fait de l'altération du système osseux dans l'ataxie locomotrice. Il signale des cas d'arthropathie avec jetées osseuses périphériques qui ont été pris pour des arthrites sèches, et des fractures spontanées suivies d'un cal exubérant, dont le développement rapide a pu faire croire à une tumeur osseuse maligne, tellement qu'on s'est posé la question d'une intervention chirurgicale. Il insiste sur la nécessité de rechercher les signes du tabes, notamment l'absence du réflexe rotulien et le myosis chez tous les individus porteurs d'une affection articulaire ou osseuse d'aspect insolite.

VII. — Observation très complète d'arthropathie tabétique.

VIII. — Le malade de Krönig, un homme de 35 ans, présentait les symptômes du tabes dorsalis depuis dix années, lorsque, en glissant, il tomba d'un escalier. Au moment de la chute, il perçut d'une façon très nette un bruit de craquement dans le segment lombaire de la colonne vertébrale. Il put se relever et marcher. Jusque-là il projetait la jambe en progressant, comme font

les ataxiques. Mais trois mois après l'accident, il s'aperçut en outre d'une grande incertitude dans l'attitude debout, due au défaut de stabilité de la colonne vertébrale. En l'examinant, on fut frappé du raccourcissement du ventre. A l'épine dorsale se voyait une dépression en forme de gouttière, allant de la cinquième vertèbre lombaire à la huitième dorsale, avec cela une lordose du segment lombaire, une exagération de la concavité antérieure du sacrum. Le corps de la cinquième vertèbre avait glissé en avant et en bas et faisait une saillie très nette. Enfin le segment lombaire était le siège d'une mobilité anormale dans le sens transversal. Le malade n'éprouvait pas de douleurs, mais quand il marchait il se produisait une sorte de ballottement, comme quand les muscles extenseurs de la colonne vertébrale sont paralysés. Une compression double exercée sur les faces antérieures et postérieures du segment lombaire facilitait la marche.

Krönig se demande si le déplacement de la cinquième vertèbre n'était pas la conséquence d'une arthropathie tabétique intéressant la colonne vertébrale. Il reconnaît d'ailleurs que chez son malade l'affection vertébrale ne présentait pas les caractères des arthropathies tabétiques ; il n'y avait pas eu par exemple ces végétations osseuses qu'on observe constamment dans ce genre d'arthropathies. E. RICKLIN.

IX. — Des nombreuses observations relatées dans cet intéressant mémoire, il résulte que l'on rencontre assez fréquemment, dans le cours de l'ataxie locomotrice, une affection complexe du pied dans laquelle les os et les articulations sont le siège de lésions analogues à celles qu'offrent, dans les mêmes circonstances, les os longs et les grandes articulations.

C'est là ce qu'on peut dénommer le pied tabétique, arthropathie qui mérite de fixer l'attention, car elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, principalement dans les cas où elle se montre isolée.

Feré publié dans la *Revue de médecine* une observation fort détaillée de cette complication du tabes.

X. — La thèse de M. Portalier est une étude concise, mais complète des principaux troubles trophiques qui peuvent se montrer dans le cours du tabes dorsalis. Il passe successivement en revue : la chute spontanée et les déformations des ongles ; — la chute spontanée des dents ; — certaines affections cutanées, c'est-à-dire le mal perforant, le vitiligo, l'ichthyose, le zona ; — les fractures spontanées et les arthropathies tabétiques ; — enfin les atrophies musculaires, en particulier l'hémiatrophie de la langue.

Sur 12 observations réunies dans le travail de M. Portalier, 7 sont inédites.

XI. — M. Delay a réuni dans sa thèse inaugurale un certain nombre d'observations (dont 3 inédites) d'ulcère perforant du pied survenu dans le cours du tabes dorsalis. Il arrive à conclure : que dans le tabes, le mal perforant du pied se montre habituellement à la période préataxique ; qu'il est quelquefois la première manifestation en date, et que dès lors sa constatation doit toujours éveiller le soupçon d'un tabes naissant, qu'il est souvent bilatéral et symétrique ; que quand il est unilatéral, il siège toujours dans le membre où les douleurs fulgurantes ont le plus d'intensité ; que les récidives du mal perforant ne paraissent pas être en rapport avec une exacerbation des douleurs fulgurantes ; que la syphilis n'imprime aucun cachet particulier aux symptômes, à la marche et à la durée de l'ulcère perforant. E. RICKLIN.

XII. — M. Prioleau publie 4 observations où l'on a pu observer ces troubles trophiques caractérisés par la chute des ongles, leur épaississement ; la coloration est modifiée et la surface présente des sillons demi-circulaires plus ou moins profonds. L'ongle semble s'émietter comme une terre friable.

L'épaississement de l'ongle semble résulter de ce qu'au-dessous de la partie dure se produit une substance très friable qui soulève la partie dure et la sépare de la pulpe sous-unguéale.

Ces dystrophies n'existent pas chez tous les ataxiques et elles ne sont pas spéciales à cette affection, elles paraissent plus fréquentes chez eux. Elles diffèrent des altérations de l'ongle consécutives à la syphilis et aux traumatismes et se rapprochent de celles qu'on observe à la suite des lésions nerveuses périphériques. A. C.

XIII. — En dehors de tout traumatisme, on peut observer chez les ataxiques soit la chute spontanée des ongles des orteils, soit des modifications dans la forme, la couleur et la consistance des ongles (dystrophie). La chute, souvent précédée de l'apparition d'une ecchymose sous-inguéale, est suivie de la repousse d'un ongle nouveau et peut ainsi se reproduire plusieurs fois. La dystrophie une fois développée persiste infiniment. Des douleurs vives précèdent généralement l'apparition de ces deux ordres de phénomènes. Ces dystrophies sont probablement des lésions trophiques en rapport avec des névrites des nerfs des orteils. Dix observations personnelles à l'auteur ou inédites et deux planches coloriées accompagnent cette thèse, qui a été inspirée par M. le professeur Pitres. H. ARNOZAN.

XIV. — R., âgé de 32 ans, a présenté il y a 8 ans les premiers symptômes de la maladie, douleurs, ataxie, gastralgie, etc., aujourd'hui bien confirmés depuis 1878. Il s'est aperçu que la paume des mains et la plante des pieds étaient souvent couvertes de sueur ; actuellement ce phénomène est presque permanent; on voit de grosses gouttes, même sur la face dorsale de ces extrémités; si on les essuie, elles ne tardent pas à reparaître — la température était à la paume des mains 35,2 à droite, 35,5, à gauche; aux pieds 27,8 à droite, 27,2 à gauche; les sueurs sont acides, limpides. A la même époque (1873), le malade s'aperçut que ses cheveux devenaient gras; aujourd'hui le cuir chevelu est onctueux et on extrait avec l'éther une quantité notable de matière grasse sébacée.

On ignore absolument comment les lésions de l'ataxie peuvent expliquer cette hyperydrose et cette séborrhée.

XV. — Trois observations recueillies sur des ataxiques ont permis à l'auteur de donner les conclusions suivantes :

1° On peut observer chez les tabétiques des troubles trophiques permanents du côté de la peau ;

2° Les troubles trophiques sont fort différents, quant à leur physionomie et aux particularités de leur évolution de ceux qu'on a jusqu'à présent décrits, herpès, ecchymoses... qui constituent de simples épisodes passagers; l'état ichthyosique est au contraire une dystrophie à évolution lente, vraisemblablement progressive.

3° Cette dystrophie se traduit par une sorte d'épaississement de la peau avec coloration plus ou moins foncée, laxité des téguments, desquamation de l'épiderme, dont les débris s'accumulent quelquefois pour former de véritables écailles à la surface du tégument ;

4° Les points du corps où ce trouble trophique s'observe sont toujours

ceux au niveau desquels on a constaté des troubles marqués de la sensibilité, douleurs fulgurantes, anesthésie, hyperesthésies au froid, à la piqûre, quelquefois au simple contact.

Les extrémités et surtout les extrémités supérieures semblent être les parties les plus fréquemment atteintes. Au dos de la main, la peau revêt parfois un aspect qui rappelle celui de la peau du pellagreux ;

5° La chute des ongles et de leurs altérations indiquées par Joffroy, Pitres, etc., semblent un simple cas particulier de cette dystrophie cutanée. H. L.

XVI. — M. Rossolymno publie l'observation d'un malade affecté de tabes dorsalis, chez lequel il existait des troubles trophiques de la peau ; sur la moitié droite de la face (front, joue, aile du nez) et sur cette moitié seulement, ainsi que sur le pavillon de l'oreille du même côté, on apercevait des taches de dimensions variables, d'une teinte rose pâle, de forme irrégulière, à contour sinueux. En les considérant de très près, on pouvait distinguer de petits vaisseaux. Examinée sous un certain grossissement, la peau, au niveau de ces taches, présentait les particularités suivantes : elle était dans un état de tension insuffisante (*turgor*), et ses couches les plus superficielles laissaient voir par transparence un grand nombre de petits vaisseaux. Les poils implantés dans ces zones pigmentaires étaient plus ou moins gris ; ils ne renfermaient plus de pigment, mais de l'air en quantité variable. Au niveau des taches, la sensibilité dans tous ses modes était intacte. La sécrétion de la sueur et de la matière sébacée s'effectuait d'une façon normale. Il s'agissait donc d'un cas d'albinisme partiel disséminé, développé sous l'influence des lésions du tabes. Ce malade présentait encore des anomalies du côté des ongles qui étaient déformés en gouttières, cassants, fortement striés dans le sens transversal et dans le sens longitudinal. L'auteur rapproche ces manifestations cutanées, d'autres troubles de la peau (herpès zoster, ecthyma, pemphigus, décubitus aigu, chute des ongles, ichthyose) signalés chez des tabétiques.

Détail à noter, le malade de M. Rossolymno avait contracté la syphilis en 1861. Il avait été débarrassé des premiers accidents par un traitement spécifique. E. RICKLIN.

I. — **Note sur un cas de sueurs localisées dans le cours d'un tabes dorsal, par RAYMOND et ARTAUD** (*Revue de médecine, mars* 1884).

II. — **Sur quelques troubles vaso-moteurs et sécréteurs dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, par A. PITRES** (*Journal de médecine de Bordeaux, janvier* 1884).

III. — **Sur la réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, par MENDELSOHN** (*Académie des Sciences*, 1884).

IV. — **Ueber die Grenzen des Temperatursinnes bei gesunden und kranken Zustande (Sur les limites de la perception des impressions thermiques, à l'état normal et à l'état pathologique), par J. DONATH** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XV, H.* 3, *p.* 695).

V. — **Étude sur le nervo-tabes périphérique, par J. DÉJERINE** (*Archives de physiologie,* 1884).

VI. — **Des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques, de leur nature périphérique et du rôle joué par ces altérations dans la production des troubles de la sensibilité qu'on observe chez ces malades, par LE MÊME** (*Ibidem, n°* 5, 1883).

VII. — Sur les névrites musculaires périphériques dans les paralysies des ataxiques, par LE MÊME (*Bulletin de la Société de biologie*, 18 *septembre* 1884).

VIII. — Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven, par IGAKUSHI S. HASIMÉ SAKAKY (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Bd. XLV*, *H.* 2).

IX. — May tabes dorsalis have a peripheral origin? par Herbert PAGE (*Brain p.* 361, 1883).

X. — Ueber Veränderungen der Clarke'schen Säulen bei Tabes dorsalis (Sur les altérations des colonnes de Clarke dans le tabes dorsalis), par H. LISSAUER (*Fortschritt der Medicin*, 15 *février* 1884).

XI. — Die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis, par A. STRÜMPELL (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, *Bd. XII*, *H.* 3, *p.* 733).

XII. — Ueber Rückenmarksblutung nach Nervendehnung (Sur l'hématomyélie consécutive à l'élongation nerveuse avec contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsalis), par RUMPF (*Ibidem*, *Bd. XV*, *H.* 2, *p.* 419).

XIII. — Ueber die anatomischen Veränderungen bei der Tabes, par ADAMKIEWICZ (*Congrès de Copenhague, août* 1884).

XIV. — Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis, par Ed. KRAUSS (*Neurologisches Centralblatt*, *n°* 3, *p.* 50, 1885).

I. — Le phénomène le plus intéressant que présente le malade, consiste dans l'apparition de sueurs localisées à la moitié droite de la tête, après chaque repas. Dès qu'il a mangé, après un laps de temps qui varie entre dix et quinze minutes, il ressent dans la moitié droite de la face une sensation de picotement, puis de chaleur, et l'on voit perler sur son visage une infinité de gouttelettes de sueur, qui, après avoir atteint un certain volume, finissent par tomber; la sueur qui découle est limpide et à réaction acide. La coloration de la face est peu changée; au début, elle est un peu rosée, et la température locale, prise à ce moment, a donné les chiffres suivants : moitié droite de la face 33°,6; moitié gauche 32°,8. Ces sueurs occupent non seulement la face proprement dite, mais encore la moitié correspondante de la tête et du cou, jusqu'à l'épaule. L'injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine n'a pas paru accroître la sécrétion sudorale en faveur d'une moitié de la face. C. GIRAUDEAU.

II. — Pitres commence par rapporter deux observations de tabétiques chez lesquels il a observé le développement d'ecchymoses spontanées à la suite de crises de douleurs fulgurantes, indépendamment de tout traumatisme antérieur et de toute douleur persistante des régions ecchymosées. Chez ces deux malades, les taches ecchymotiques étaient beaucoup plus étendues que dans les faits rapportés par Straus.

Vient ensuite la relation d'un cas d'ataxie locomotrice progressive, qui présente deux particularités curieuses : d'abord l'état des réflexes rotuliens qui étaient très variables, tantôt très amples, tantôt faibles, tantôt nuls; en second lieu, une hyperydrose cutanée, limitée aux pieds et au tiers inférieur des jambes, et qui coïncidait souvent avec une teinte rose carminé de la peau de cette région du corps.

Enfin Pitres relate une quatrième observation de tabes avec crises de *gastrorrhée* sans douleurs gastralgiques et une dernière observation de tabes à la période préataxique où, en fait de symptômes insolites on trouve mentionnées de la dysphagie, des insomnies prolongées et de la *sialorrhée*.

III. — Mendelsohn a constaté que les impressions sensitives développées à la surface du corps humain par le courant de pile sont régies par la même loi que les réactions motrices ; c'est-à-dire que l'excitation de fermeture développée par la kathode (pôle négatif) est plus forte que l'excitation de fermeture développée par l'anode (pôle positif), laquelle est moindre que l'excitation d'ouverture développée par l'anode ou la kathode. Les excitations d'ouverture développées par l'anode et la kathode sont de même intensité. Sur 32 tabétiques examinés par Mendelsohn, il s'en est trouvé 21 qui présentaient des anomalies très nettes de la sensibilité électrique. Chez 9 de ces malades, l'excitation d'ouverture était plus forte avec l'anode qu'avec la kathode. Chez 2, l'excitation (kathode et anode) n'était plus perçue, même quand on employait les plus fortes intensités de courant ; 3 malades ne percevaient plus que les excitations de fermeture développées par la kathode. Chez tous, la sensibilité électrique était diminuée ; chez plusieurs elle était en outre pervertie (sensations anormales, durée plus longue des sensations perçues, ralentissement de la transmission).

IV. — Chez 6 sujets sains et chez 10 tabétiques du service de M. Westphal à Berlin, Donath a déterminé les limites extrêmes des températures qui développaient non plus des sensations thermiques, mais des sensations de douleur. Pour la détermination de la limite inférieure l'auteur a utilisé un thermomètre (kryalgimètre) gradué de — 18 à + 34, dont la cuvette se trouve placée au centre d'une spirale décrite par le tube capillaire. Cet instrument, appliqué à plat sur la peau du sujet, est refroidi au moyen d'un jet de vapeur d'éther. Pour la détermination de la limite supérieure, on se servait d'un thermomètre gradué de + 29° à + 105° muni d'un récipient semi-ellipsoïde, contourné par un fil de platine, qui s'échauffe au passage d'un courant de pile. Les résultats obtenus portent que chez l'homme sain les limites extrêmes à déterminer varient d'une région de la peau à une autre, la limite inférieure entre — 144 et + 2°,8, la limite supérieure entre 36°,3 et 52°,6.

Chez les tabétiques, ces limites extrêmes sont abaissées surtout aux membres inférieurs.

La conclusion principale qui se dégage de ces recherches, c'est que la douleur développée par les impressions de froid et de chaud constitue une sensation beaucoup plus grossière, d'une perception beaucoup moins délicate, que les sensations purement thermiques développées par des impressions de froid et de chaud comprises dans les limites moyennes.

E. RICKLIN.

V et VI. — Ce travail est basé sur les observations de deux ataxiques chez lesquels on avait constaté des modifications très accusées de la sensibilité, aussi prononcées dans un cas que dans l'autre ; or l'examen anatomique révéla chez l'un des lésions très avancées des faisceaux de Burdach, de Goll, et des racines postérieures, chez l'autre au contraire des lésions qui débutaient. La lésion médullaire seule n'était donc pas suffisante pour rendre compte de ces modifications de la sensibilité, et l'auteur put en effet constater une altération des nerfs cutanés, sans que les ganglions présentassent aucune modification dans leur structure ; il s'agissait donc dans ces cas de véritables névrites périphériques, sans lésions des centres trophiques, névrites qui dans certains cas rendraient

compte des troubles trophiques, des troubles de la sensibilité. Ce serait là aussi une confirmation de la théorie de MM. Charcot et Vulpian sur la physiologie pathologique du tabes dorsalis. W. OETTINGER.

VII. — L'auteur a soumis à l'examen microscopique les filets nerveux intra-musculaires des troisièmes paires d'une ataxique, atteinte d'une double paralysie du releveur de la paupière, les autres muscles de l'œil ayant conservé leurs fonctions. Toutes les branches de la 3e paire, autres que celles qui se rendent aux releveurs, étaient intactes. Ces dernières, traitées par l'acide osmique et le picro-carmin étaient très altérées; la plupart des tubes nerveux étaient réduits à l'état de gaines vides, quelques-uns seulement étaient encore en voie d'altération ; quant aux fibres musculaires de ces mêmes muscles, elles avaient subi une atrophie très prononcée, avec aspect granuleux dans quelques-unes. Cette limitation des lésions aux nerfs des releveurs semble démontrer la nature périphérique de ces névrites. OZENNE.

VIII. — P..., 38 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, de Berlin, dans le service de Westphal, le 15 juillet 1876. Jusqu'en 1875 cette femme a toujours été bien portante; sa maladie avait débuté par des vomissements, suivis de maux de tête, le tout durant sept jours. Après un intervalle de quatre semaines, les vomissements se sont reproduits, et ainsi de suite après des périodes de temps plus ou moins longues. Les matières vomies étaient verdâtres, n'ont jamais contenu de sang. La malade a beaucoup dépéri ; elle marche difficilement, dort peu la nuit, elle est souvent prise de tremblement ; elle est très irritable. Anorexie, souvent constipation.

Depuis deux ans que la malade a atteint l'âge critique, elle s'est aperçue que la sensibilité était émoussée aux membres, principalement à droite. Autour du front, elle éprouve une sensation constrictive. La faiblesse des jambes est allée en augmentant, mais sans phénomènes d'incoordination motrice.

A son entrée, la malade offrait des symptômes bien tranchés du tabes dorsalis.

Anesthésie très prononcée. Sensibilité musculaire intacte. Abolition du réflexe patellaire.

La malade quitta l'hôpital pour y revenir en octobre 1880. A ce moment, douleurs lancinantes dans les membres supérieurs. Difficulté pour uriner et pour aller à la selle. Myosis. Diminution de l'acuité visuelle. Sensation de pression dans le rectum, de constriction au niveau du thorax. Pas de troubles de sensibilité aux membres supérieurs, pas d'ataxie. Quant la malade écarte les doigts de la main, ceux-ci sont agités de tremblement. Marche impossible sans le secours d'un aide. La malade localise mal les impressions périphériques. Sensibilité très émoussée à la plante des pieds.

Dans le cours des dix-huit mois suivants, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de l'inégalité de dilatation des pupilles, crises gastralgiques jusqu'à 3 et 4 fois par jour. Le tremblement s'est accentué dans les membres supérieurs, survenant parfois quand les membres étaient au repos. Sensibilité musculaire diminuée.

Mort dans le collapsus, le 19 juillet 1883.

Autopsie : Le cerveau très anémié présente une structure intacte. Dans la moelle dégénérescence typique des cordons postérieurs. Dans les nerfs périphériques (saphènes, cutanés, etc.), dégénérescence atrophique des fibres nerveuses, sans prolifération du tissu conjonctif. Diminution du nombre des fibres à myéline, très notable, mais variant beaucoup d'un nerf à l'autre. E. RICKLIN.

IX. — L'auteur, discutant quelques faits de mal perforant plantaire avec anesthésie et troubles trophiques, qui avaient de longue date précédé l'apparition des symptômes spinaux du tabes, se demande si dans un certain nombre de cas l'ataxie locomotrice ne débute pas par une névrite périphérique, laquelle remonte secondairement vers la moelle. Il ne donne à l'appui de cette hypothèse aucune preuve, sinon l'antériorité des phénomènes de névrite et d'arthropathie sur les douleurs fulgurantes. H. R.

X. — A l'aide du procédé de coloration de Weigert, Lissauer a pu se convaincre que la richesse en fibrilles nerveuses, qui caractérise la structure des colonnes de Clarke à l'état normal, fait défaut dans les cas de tabes dorsalis. Il semble que cette disparition des fibrilles nerveuses fait surtout des progrès à une période avancée du tabes. Dans 10 cas de sclérose des cordons postérieurs, avec ou sans participation des cordons latéraux à la dégénérescence, Lissauer a constaté cette raréfaction des fibrilles nerveuses dans le territoire des colonnes de Clarke. Les cellules ganglionnaires, bien conservées, occupaient un territoire d'une teinte pâle, presque complètement dépourvu de fibrilles nerveuses; la substance grise située tout à l'entour présentait une structure absolument normale.

Lissauer fait remarquer que même sur des préparations obtenues par durcissement dans l'acide chromique, les colonnes de Clarke, chez les tabétiques, présentent un aspect particulier; la préparation a une teinte pâle translucide, au lieu de cette teinte mate et jaunâtre qu'on trouve en la substance grise dans les circonstances ordinaires.

En somme, d'après les recherches de Lissauer, il semble que dans le tabes dorsalis, le territoire des colonnes de Clarke soit le siège d'une dégénérescence isolée de fibres nerveuses. Dans une note additionnelle, Westphal annonce qu'il a réussi, à l'aide d'un nouveau procédé de coloration, à rendre cette dégénérescence plus évidente encore. Voici en quoi consiste le nouveau procédé : les coupes sont colorées à l'aide d'une forte solution d'hématoxyline, puis lavées dans une solution alcaline de ferrocyanure de potassium; la différenciation se fait ainsi, et on distingue alors : les fibrilles nerveuses colorées en noir foncé, la substance fondamentale colorée en jaune clair et les cellules ganglionnaires en brun; les noyaux ne sont pas colorés.

XI. — Strümpell a étudié avec beaucoup de soin la topographie des altérations spinales dans dix cas de tabes, avec l'idée préconçue de trouver des arguments en faveur de la doctrine qui voit dans cette maladie une affection systématique. La seule considération des caractères et de l'évolution clinique du tabes dorsalis rendent à priori cette opinion très vraisemblable. En effet le tabes dorsalis classique se manifeste toujours par les mêmes signes et symptômes, dont quelques-uns peuvent faire défaut ou présenter une intensité plus ou moins grande; de là les différences, plus apparentes que réelles, dans l'expression symptomatique de la maladie considérée chez un certain nombre de sujets. Mais autant sont exceptionnels certains symptômes, tels que l'atrophie musculaire, la paralysie motrice, les manifestations spasmodiques, les modifications de l'excitabilité électrique, autant sont fréquents les symptômes sur lesquels on fonde aujourd'hui le diagnostic du tabes dorsalis, même à une période peu avancée.

Voici d'ailleurs les particularités que Strümpell croit devoir faire ressortir, dans les résultats fournis par ses recherches histologiques.

Dans un premier cas de tabes dorsalis à la période initiale, le malade n'avait présenté de son vivant, que des douleurs lancinantes, l'abolition du réflexe patellaire, la paralysie réflexe de la pupille; les lésions spinales étaient distribuées de la façon suivante : elles occupaient le maximum d'étendue dans le renflement lombaire. Dans la portion la plus inférieure de la moelle lombaire, la dégénérescence avait respecté, de chaque côté de la commissure postérieure, une petite zone ovalaire (sur une surface de coupe transversale). Strümpell insiste sur ce que Flechsig, dans ses recherches bien connues sur la distribution des faisceaux systématiques dans la moelle, a indiqué le territoire en question comme devant comprendre des fibres concourant à une même fonction. Un moment cet histologiste crut que c'étaient les origines des cordons de Goll, opinion qu'il a abandonnée depuis.

La dégénérescence occupait la partie moyenne du cordon postérieur attenante aux points d'émergence des racines postérieures. Elle respectait la partie antérieure du cordon postérieur. Elle affectait des deux côtés de la ligne médiane une symétrie parfaite qui se poursuivait dans la moelle dorsale. Là elle occupait, de chaque côté, une zone médiane, étroite, dans laquelle se répandent principalement des fibres nerveuses venues des cornes postérieures. De chaque côté de la commissure postérieure se voyait également une zone de dégénérescence très étroite.

Dans un second cas, la maladie paraissait être parvenue à une période plus avancée au moment de la mort du patient. Celui-ci était depuis deux ans sujet à des douleurs fulgurantes, les réflexes patellaires étaient abolis; il y avait eu en outre un certain degré de parésie vésicale et de l'incoordination motrice dans les membres inférieurs. Les altérations spinales avaient un peu plus d'étendue, mais une distribution absolument identique que dans le cas précédent. Dans les deux cas, il n'y avait aucune trace d'altérations méningées.

Dans une 3e observation, le tabes eut en quelque sorte un début apoplectiforme; le malade, en se levant un matin éprouvait une grande difficulté pour marcher, il avait des fourmillements dans les pieds, des crampes dans les mollets, de la rétention d'urine. Le lendemain, à son entrée à l'hôpital, on constatait l'existence d'une ataxie qui fit des progrès tellement rapides, qu'au bout de vingt-quatre heures le malade ne pouvait plus marcher. Un traitement par les courants galvaniques améliora notablement l'incoordination. Cette amélioration dura pendant plus de deux années. Puis la maladie se compliqua de troubles psychiques et dégénéra en paralysie générale. Ici encore on trouva, à l'autopsie, une disposition parfaitement symétrique des lésions spinales avec la même topographie que dans les deux cas précédents, sauf que la dégénérescence affectait une plus grande extension transversale dans les cordons de Goll.

Nous passons sur les détails des autres examens nécroscopiques, et nous nous bornerons à faire connaître les conclusions générales que Strümpell a tirées des résultats de ses recherches.

Les lésions du tabes ne sont point consécutives à des altérations méningées. Quand il existe de la méningite spinale postérieure, celle-ci est secondaire et destinée à combler le vide qui résulte de l'atrophie des parties dégénérées de la moelle.

Les lésions du tabes ne sauraient davantage être considérées comme consécutives à une dégénérescence des racines postérieures. Elles ne constituent pas non plus une dégénérescence chronique du

tissu conjonctif en rapport avec la distribution des éléments vasculaires de la moelle. Elles ne sont la dépendance ni d'une lésion encéphalique, ni d'une lésion des nerfs de la périphérie. Il ne reste plus dès lors qu'à faire du tabes soit une myélite chronique ayant son point de départ dans le tissu conjonctif interstitiel, soit une affection systématique ayant un point de départ dans une altération des fibres nerveuses d'un même système fonctionnel. Cette dernière hypothèse seule s'accorde avec la distribution symétrique et la régularité qu'on trouve aux altérations des cordons postérieurs à leur début.

Ces altérations n'intéressent pas un système unique, mais plusieurs systèmes de fibres dont la topographie et la valeur fonctionnelle sont encore à connaître. Strümpell a insisté d'autre part sur ce fait que les systèmes de fibres, dégénérés dans les cas de tabes, sont respectés dans d'autres formes de myélite, par exemple dans des cas de tabes spasmodique comme l'auteur a pu s'en convaincre.

XII. — A..., J..., 58 ans, a contracté la syphilis à l'âge de 18 ans ; après une cure de quatre semaines, par les frictions mercurielles, le patient a été débarrassé de ses premiers accidents syphilitiques. Il a eu six enfants sains et bien constitués et n'a plus eu à se soucier de sa syphilis. Depuis trois ans il éprouve des douleurs lancinantes dans les jambes et dans les bras ; sa démarche est devenue incertaine ; le matin, quand il se lève, il lui semble qu'il va tomber. Il a de la constriction thoracique, une sensation de fatigue dans les reins, des difficultés pour uriner, de l'anaphrodisie. Par moments il a vu double. Il est dans l'impossibilité de se tenir d'aplomb les yeux fermés ; de même, il ne peut se tenir sur une seule jambe. Les mouvements, d'une certaine délicatesse, révèlent de l'incoordination motrice.

La sensibilité générale est émoussée sur toute la surface du corps, à l'exception de la face. La localisation des impressions est défectueuse aux jambes. Abolition des réflexes tendineux. Les réflexes cutanés subsistent. Du côté des yeux, myosis : les pupilles ne réagissent plus à la lumière ; atrophie papillaire commençante.

Le 14 octobre 1881, le patient a subi l'élongation des deux nerfs sciatiques. Le lendemain on constatait que l'anesthésie avait fait des progrès, contrairement à ce qui a lieu d'habitude. En même temps le patient fut pris de crampes cloniques dans les adducteurs d'abord, puis dans les quadriceps cruraux et finalement dans les muscles du dos. Les spasmes cloniques allèrent en augmentant d'intensité ; il s'y ajouta une paralysie complète de la vessie et du rectum. Le huitième jour, les spasmes se dissipèrent, mais le malade avait un catarrhe de la vessie avec fièvre ; il succomba le 17 novembre, avec les signes d'une pneumonie.

A l'ouverture de la cavité rachidienne on trouva, au niveau de la huitième vertèbre, un épanchement de sang dans la pie-mère, de trois centimètres de longueur et d'un centimètre un quart de largeur. Cet épanchement avait pour siège les couches les plus superficielles de la pie-mère ; tout à l'entour, les tissus présentaient les traces d'une suffusion sanguine. Le reste de la moelle présentait une vascularisation normale. Les cornes antérieures et les cordons antéro-latéraux étaient sans altérations.

Au contraire dans les cordons postérieurs on découvrait déjà, à l'œil nu, les traces d'une sclérose, dont voici la distribution exacte : dans le segment lombaire, la dégénérescence occupait la partie moyenne du cordon postérieur ; toute la partie adjacente à la pie-mère, jusqu'aux deux tiers environ du cordon blanc, était intacte, ainsi qu'un petit territoire situé entre les cornes postérieures, en arrière de la commissure. Bref, la dégénérescence occupait la

territoire que Pierret a décrit sous le nom de *bandelettes externes* et en outre le tiers moyen des cordons de Goll, dont le tiers externe et le tiers interne étaient indemnes. La lésion des cordons de Goll le cédait d'ailleurs en intensité et en extension à la lésion des cordons cunéiformes ; elle gagnait en importance au fur et à mesure qu'on remontait dans le segment lombaire.

Dans le segment dorsal, la dégénérescence intéressait d'une part toute l'épaisseur des cordons de Goll à l'exception de deux petits coins, à base dirigée vers la pie-mère et à sommet tourné vers les cordons cunéiformes. Ces derniers étaient également atteints dans leur tiers moyen ; seulement la dégénérescence s'étendait davantage en avant et en arrière, laissant intacts deux coins limités par les cornes grises et les cordons de Goll.

Dans le segment cervical, la dégénérescence intéressait les cordons postérieurs dans presque toute leur épaisseur, sauf une zone contiguë à la pie-mère. Contrairement à ce qu'on observe d'habitude dans le segment cervical, les cordons cunéiformes étaient dégénérés dans la plus grande partie de leur masse, à l'exception d'un tiers environ adjacent aux cornes postérieures et à la commissure. Vers le bulbe, la dégénérescence se perdait dans les cordons grêles.

M. Rumpf fait remarquer que ses constatations nécroscopiques concordent avec celles de Pierret, de Westphal, de Strümpell, qui conduisent à localiser le point de départ de la lésion spinale du tabes dans la partie moyenne des cordons latéraux, sauf que dans le cas de Rumpf la partie moyenne des cordons de Goll participait à la dégénérescence. L'examen microscopique a d'autre part, conduit à des constatations qui contredisent les données courantes sur la nature des lésions du tabes. Rumpf a reconnu principalement sur des coupes longitudinales, que les vaisseaux participaient d'une façon très nette aux processus scléreux. Bien plus, les altérations vasculaires se rencontraient dans les territoires des cordons postérieurs où les autres éléments anatomiques étaient intacts dans leur structure, où il n'y avait pas sclérose du tissu conjonctif. Ces altérations vasculaires consistaient dans un épaississement des tuniques moyenne et adventice, avec multiplication des noyaux, lesquels infiltraient le tissu avoisinant. Cet épaississement des parois vasculaires avait abouti à une compression des fibres nerveuses longitudinales qui étaient en quelque sorte déviées de leur trajet habituel. D'après Rumpf, la dégénérescense de ces fibres aurait été consécutive à la compression exercée par les parois vasculaires épaissies.

De tout cela l'auteur conclut que les altérations spinales dans ce cas de tabes avaient leur point de départ dans les parois vasculaires, et non dans les éléments parenchymateux (fibres nerveuses) ; que dès lors on ne saurait en faire une affection systématique dans le sens couramment attribué à ce mot, par les neuropathologistes. Rumpf a soin d'ajouter qu'il ne prétend pas qu'il en soit ainsi dans tous les cas de tabes et que les fibres nerveuses ne puissent pas être le siège des altérations initiales. Il a ajouté encore ce renseignement, c'est que des préparations d'une moelle envahie par les lésions d'une dégénérescence descendante secondaire, examinées par comparaison, ne laissaient rien voir des altérations mentionnées plus haut.

Quant à l'hématomyélie, elle avait évidemment été la conséquence de l'élongation des sciatiques.

Enfin Rumpf a constaté dans ce cas, les altérations des colonnes de Clarke, signalées par Lissauer.

XIII. — Adamkiewicz admet deux variétés anatomiques du tabes dorsalis : dans l'une les altérations initiales sont interstitielles, débutant par les couches de tissu conjonctif qui accompagnent les artérioles sur leur parcours à travers les cordons postérieurs ; dans l'autre variété, les lésions sont primitivement parenchymateuses, elles frappent les fibres nerveuses. Cette dernière variété a pour caractère une distribution spéciale des lésions, qui occupent deux zones distinctes; l'une en forme de F est comprise dans les cordons cunéiformes, et l'autre dans les cordons de Goll. Des cordons de Goll, les lésions s'irradient dans deux directions, vers les zones radiculaires et les cornes postérieures ; vers le bord postérieur de la moelle et vers les racines postérieures. La tendance à l'extension en avant, vers la commissure postérieure, est peu prononcée ; voilà pourquoi la zone de sclérose est presque toujours séparée de cette commissure par une bande de tissu sain, en forme de croissant. D'autre part dans les cas de la première variété de tabes on peut rendre manifeste l'étouffement primitif des fibres nerveuses par la lésion, en colorant la préparation à l'aide de la safranine. On constate alors que la dégénérescence des fibres nerveuses débute par le dépôt d'une matière (la matière chromoleptique) disposée dans les gaines de myéline sous forme d'anneaux; peu à peu la désorganisation envahit le reste des gaines de myéline et il se forme ainsi des lacunes dans le territoire dégénéré. Le tissu conjonctif interstitiel ne subit d'autre modification qu'un ratatinement. Il n'y a pas cette prolifération nucléaire, qui est le fait dominant dans les cas de tabes où les altérations interstitielles constituent la lésion primordiale.

L'emploi de la safranine fait bien ressortir ces différences ; cette matière colorante communique aux éléments du tissu conjonctif une teinte allant du violet au bleu et qui contraste avec celle de la substance chromoleptique.

XIV. — Krauss fait connaître les résultats fournis par l'examen histologique des centres nerveux dans 13 cas de tabes dorsalis.

Parlant d'abord de l'état des vaisseaux de la moelle, à propos des recherches récentes de Rumpf, mentionnées plus haut, Krauss annonce que 10 fois sur les 13 cas, on a trouvé un épaississement des parois vasculaires; 2 fois cet épaississement était très prononcé et coïncidait avec des lésions aortiques ; 5 fois il était d'intensité moyenne et 3 fois peu accusé.

L'augmentation d'épaisseur n'intéressait que les couches extérieures à l'endothélium ; il était dû tantôt à une hyperplasie du tissu fibrillaire, tantôt à l'apposition d'une couche hyaline homogène, contenant des noyaux et qui se continuait insensiblement en une couche fibrillaire. Bref, il s'agissait bien d'un processus inflammatoire des tuniques adventices. D'autres fois les parois vasculaires étaient infiltrées de cellules granuleuses. Comme Rumpf, Krauss a constaté l'existence de cette altération vasculaire dans des territoires de la moelle, qui, à part cela, avaient conservé leur structure normale. Elle a été rencontrée indifféremment et avec les mêmes caractères, dans des cas de tabes avec ou sans antécédents syphilitiques.

Les fibres nerveuses présentaient l'aspect maintes fois décrit et bien connu : à côté de fibres normales se voyaient des fibres atrophiées à gaines de myéline et à cylindres-axes très nets; d'autres fibres, augmentées d'épaisseur, dont les cylindres-axes étaient un peu effacés; d'autres encore dont les gaines de myéline étaient en voie de désorganisation.

Les constatations faites par Krauss au sujet de la topographie des altérations spinales concordent assez exactement avec les résultats annoncés par Strümpell.

De même Krauss a pu vérifier l'exactitude des résultats annoncés par Lissauer, touchant la participation des colonnes de Clarke aux altérations spinales, dans les cas de tabes.

Dans le but d'élucider la question des rapports des altérations vasculaires avec la dégénérescence des cordons postérieurs, Krauss a fait l'examen histologique de ce cas de dégénérescence secondaire (apoplexie cérébrale, foyer de ramollissement dans la protubérance) et de 2 cas de dégénérescence ascendante (myélite par compression). Deux fois on trouva un épaississement léger et deux autres fois un épaississement marqué des parois vasculaires, même en dehors de la zone de dégénérescence descendante. Krauss conclut de là que contrairement à ce qu'admet Rumpf, il n'existe pas au point de vue de la participation des vaisseaux aux altérations spinales, de différence radicale entre les cas de tabes et les cas de dégénérescence secondaire.

Dans 5 cas de tabes, Krauss a examiné l'état des nerfs sciatiques; 2 fois il existait des altérations manifestes (atrophie d'un grand nombre de fibres nerveuses).

Dans l'un de ces cas, on pouvait invoquer comme cause de cette atrophie le traumatisme résultant de l'élongation des nerfs sciatiques (et qui avait abouti à un phlegmon). Mais dans l'autre cas, où l'atrophie des éléments nerveux des sciatiques était plus prononcée, il n'y avait eu rien de semblable.

Dans un autre cas, l'examen histologique d'un nerf sensitif (rameau cutané du saphène externe) mit également en évidence une diminution considérable du nombre des fibres nerveuses. Chez une femme non tabétique, morte dans le marasme sénile, il y avait également cette atrophie des fibres nerveuses, mais à un degré moindre.

En terminant, l'auteur passe en revue les opinions qui ont été émises concernant les rapports de la localisation des lésions spinales et de certains signes ou symptômes du tabes. E. RICKLIN.

I. — Recherches dynamo-électriques sur l'état des forces chez les hémiplégiques, par Paul DIGNAT (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — Ueber Erb's Mittelform der chronischen Polyomyelitis anterior, par LÖWENFELD (*Deut. med. Woch.*, *n°* 4, 1884).

III. — An unique case of polyomyelitis anterior acuta of the adult, par A.-L. RANNEY (*Arch. of med. N. York*, *août* 1884).

IV. — Ueber das Kniephänomen, par Julius SCHREIDER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *XXXV*, *Heft* 3 *et* 4, *p.* 254).

V. — On loss of both kneejerks from one sided brain disease, par Stephen MACKENZIE (*Brain*, *juillet* 1884).

VI. — Sur la paralysie par irritation périphérique, par H. BIDON (*Rev. de méd.*, *avril* 1884).

VII. — Hemiplegic muscular atrophy of peripheral origin, par David FERRIER (*Brain*, *p.* 521, *janvier* 1883).

VIII. — Pathologie und path. Anatomie der Tetanie, par N. WEISS (*Soc. des méd. de Vienne, 25 mai 1883*).

I. — L'auteur relate, dans un premier chapitre, les recherches qu'il a faites pour préciser le degré et les variations, à l'état normal : des forces musculaires dans les membres, le tronc et le cou. Plusieurs types, à ce point de vue, doivent être distingués : 1° type alterne, certains sujets non gauchers, étant plus forts de la main droite que de la main gauche, présentent un rapport inverse pour les membres inférieurs ; 2° type symétrique : la force des membres inférieurs est, à un kilogramme près, absolument égale à la force des membres supérieurs correspondants ; 3° type prédominant, ou prédominance des forces tout à fait normales d'ailleurs des membres supérieurs sur celles des membres inférieurs, lesquelles n'atteignent pas la moyenne ordinaire. Chez trois gauchers observés, un seul est plus fort du membre inférieur gauche que du droit.

Dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, les membres du côté opposé à l'hémiplégie présentent toujours, comme ceux du côté paralysé, un affaiblissement musculaire notable. S'il y a survie, les forces réapparaissent progressivement, mais d'une façon inégale, dans les membres du côté paralysé et dans ceux du côté sain. Les mêmes faits s'observent pour les muscles du tronc et du cou.

Les troubles fonctionnels de certains membres ou de certains groupes musculaires ne sont nullement en rapport avec la perte de force. L'impotence fonctionnelle peut, en effet, coexister avec un état de forces presque normal.

Cette impotence fonctionnelle peut, du reste, être complète ou élective, généralisée à tout un membre ou un organe, ou au contraire limitée à certains mouvements. A. CHAUFFARD.

II. — Voici deux cas qui se rapportent au type d'Erb.

1° Un officier de 45 ans, fait pendant deux heures de grands efforts pour maîtriser un cheval rétif, puis, ayant mis pied à terre, il éprouve un violent frisson. Dès le lendemain il s'aperçoit qu'il traîne la jambe droite et la faiblesse de ce membre augmente rapidement. Six semaines après, le membre inférieur gauche s'affaiblit à son tour.

Le 5 juin (deux mois après le début des accidents), l'auteur constate déjà l'atrophie musculaire notable du membre droit. L'excitabilité galvanique et faradique des nerfs est conservée, tandis que quelques muscles présentent la réaction de dégénérescence. La sensibilité est partout intacte. Les réflexes sont très diminués à droite. La nutrition générale est assez satisfaisante : il n'y a pas de douleurs.

La faiblesse et l'atrophie musculaires progressent jusqu'à la fin de juillet. Les muscles lombaires sont envahis. Mais à partir du 15 septembre, après une période stationnaire, les phénomènes tendent à disparaître, l'amélioration s'accentue progressivement. Le patient retourne dans son pays : le 4 janvier 1884, il écrit à l'auteur qu'il est presque guéri et peut marcher sans canne.

On n'a noté qu'au début une parésie passagère du rectum et de la vessie.

2° Forestier de 59 ans, bien portant jusqu'en février 1866 ; à ce moment il est atteint, à la suite d'un refroidissement, de paralysie des membres supérieurs, puis des membres inférieurs, avec atrophie musculaire très prononcée. Les phénomènes persistent une année, puis le sujet peut reprendre ses occupations.

Au mois de juin 1880, attaque apoplectique suivie d'hémiplégie gauche légère et de léger affaiblissement des deux jambes; guérison.

Le 21 novembre 1881, le forestier suit une chasse et, après trois heures de marche par un grand froid, s'assied sur le gazon gelé. Frisson, malaise, vomissements en rentrant à la maison. A partir de ce moment, affaiblissement progressif des jambes. Au bout d'un an, le sujet doit renoncer à son service et vient à Munich.

L'auteur le voit en janvier 1883. Il constate la faiblesse et l'atrophie d'un grand nombre de muscles aux membres supérieurs et inférieurs, mais surtout des muscles lombaires et fessiers. Ici sur plusieurs faisceaux, on trouve la réaction de dégénérescence. Conservation de la sensibilité.

Après 3 mois de traitement par l'électricité, on note une amélioration légère. Le malade quitte Munich. L'auteur le perd de vue. L. GALLIARD.

III. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui s'endormit sur l'herbe humide. A son réveil, il se trouva pris subitement de fièvre et de troubles paralytiques d'une nature spéciale. La paralysie, en effet, était strictement limitée au pied et à la jambe gauche d'une part, au membre supérieur droit d'autre part.

La paralysie de la jambe disparut très rapidement. Quant au bras droit, il ne reprit jamais ses fonctions, et l'on constata de très bonne heure une atrophie rapide des muscles de l'épaule et de la main. Les muscles du pouce étaient particulièrement atteints, et le malade ne pouvait plus saisir aucun objet. Un fort courant faradique provoquait de légères contractions dans les masses musculaires de la main et de l'avant-bras, mais l'ensemble du membre ne répondait que très faiblement au courant.

Les membres inférieurs n'offraient aucune altération atrophique, ni aucune diminution du pouvoir musculaire. La sensibilité au toucher, à la douleur et à la température, était intacte partout. G. DECAISNE.

IV. — 1° L'alcoolisme chronique et l'épuisement général de l'organisme, à la suite de surmenage, etc., de mauvaise nourriture, etc., provoquent souvent la disparition du phénomène du genou pendant des semaines, des mois et même plus longtemps;

2° Dans beaucoup de cas, la disparition du réflexe rotulien ne résulte pas d'une lésion anatomique de la moelle ou du nerf crural, mais d'un trouble passager d'innervation d'origine toxémique ou autre;

3° L'auteur croit avoir trouvé une méthode qui permet de reconnaître si l'on a affaire à une lésion médullaire ou à une disparition *momentanée* du réflexe patellaire, et par conséquent à un état transitoire, curable. Il a vu les réflexes reparaître lorsqu'il avait frictionné pendant quelques instants la peau au niveau du genou, ou bien encore après des séries répétées de petites percussions. Le réflexe réapparaît encore après l'administration de strychnine sous forme d'injections hypodermiques. Lorsqu'il s'agit d'ataxiques, par exemple, le réflexe continue à faire totalement défaut. Cette constatation complémentaire aurait donc une signification considérable au point de vue de la valeur séméiologique du phénomène du genou. A. MATHIEU.

V. — Le malade était atteint d'un gliome de l'hémisphère gauche englobant le corps strié et la couche optique et descendant le long du pédoncule cérébral jusqu'à la protubérance. La moelle était saine. Pendant la vie, on avait observé quelques phénomènes intéressants :

1° Il y avait chez ce malade une névrite optique gauche, unilatérale, ce qui est une anomalie, car en pareil cas la névrite est croisée par rapport à l'hémisphère malade.

2° Les troubles moteurs et sensitifs concordaient parfaitement avec la localisation. Dysesthésie suivie d'anesthésie (impliquant le voisinage de la couche optique et de la capsule interne), convulsions unilatérales droites, puis hémiplégie motrice du même côté, indiquant l'envahissement du corps strié. Une hémorragie produite au sein de la tumeur avait été la cause immédiate de la mort.

3° Malgré la locatisation à un seul hémisphère de la lésion, le réflexe tendineux manquait aux deux genoux. C'est là un fait fréquemment observé, mais dont l'explication est difficile.

L'auteur pense que cela est dû au pouvoir d'inhibition du cèrveau sur la moelle, lequel s'exerce par l'intermédiaire des tractus pyramidaux. Il suppose que les deux hémisphères agissent toujours simultanément au point de vue de leur fonction inhibitrice, et que chaque centre inhibitoire est en relation avec les deux moitiés de la moelle par des tractus directs et par des tractus croisés. En sorte que la destruction d'un de ces centres retentirait sur les deux moitiés de la moelle. C'est là une pure hypothèse, mais qui n'est pas dépourvue de vraisemblance. H. R.

VI. — Des deux faits personnels cités par l'auteur, l'un a trait à un homme qui à la suite d'une lésion traumatique de l'extrémité inférieure du fémur droit, fut pris au bout de quelques jours de paralysie dans le membre *supérieur* du côté correspondant. Cette paralysie motrice et sensitive disparut progressivement à la longue, et aujourd'hui il n'en reste pas de trace. Le second cas est celui d'un homme d'une quarantaine d'années qui, à l'occasion d'une blessure de la région coccygienne, présenta environ un mois après cet accident une paralysie complète des quatre membres et du tronc. Ces troubles moteurs s'accompagnèrent de fourmillements, d'élancements douloureux, puis d'anesthésie et enfin d'atrophie musculaire rapide. Les troubles nerveux persistèrent ainsi à leur maximum durant une quinzaine de jours environ. Au bout de ce temps, ils commencent à décroître, et, un mois après le début de la paralysie, le malade peut se lever.

La guérison fit alors des progrès rapides. Aujourd'hui tout trouble de la motilité a disparu. M. Bidon, se basant sur l'apparition tardive de cette paralysie, l'anesthésie, l'exagération des mouvements réflexes, l'atrophie, la lenteur relative de la guérison, pense qu'il s'agit d'une véritable myélite par lésion ascendante des nerfs atteints.

C. GIRAUDEAU.

VII. — Un homme de 28 ans a la main gauche blessée par les éclats d'un fusil en 1877. On l'ampute au-dessus du poignet et la guérison se fait rapidement; mais le moignon reste douloureux, donnant lieu à des sensations de brûlure, d'élancements, d'engourdissement, surtout sous l'influence du froid humide.

Un an après l'opération, il ressent de l'engourdissement dans la moitié gauche de la face, et de l'affaiblissement des membres du côté correspondant. Au commencement de janvier 1882, cette sensation s'est nettement étendue à toute la moitié du corps. Néanmoins, les membres ne sont pas amaigris, et la réaction électrique des muscles du côté malade est normale.

Une nouvelle amputation fut décidée, pour remédier à ces accidents de névrite : quelques jours après cependant la douleur reparut, mais passagère, il ne resta plus qu'un certain degré de faiblesse et d'anesthésie incomplète à gauche. On constata alors, par des mensurations précises, qu'il y avait de ce côté une atrophie musculaire évidente. Cette atrophie disparut d'ailleurs sous l'influence de l'électrisation, et le malade finit par guérir. H. R.

VIII. — L'auteur a fait connaître treize cas de tétanie consécutive aux

compte des troubles trophiques, des troubles de la sensibilité. Ce serait là aussi une confirmation de la théorie de MM. Charcot et Vulpian sur la physiologie pathologique du tabes dorsalis. W. OETTINGER.

VII. — L'auteur a soumis à l'examen microscopique les filets nerveux intra-musculaires des troisièmes paires d'une ataxique, atteinte d'une double paralysie du releveur de la paupière, les autres muscles de l'œil ayant conservé leurs fonctions. Toutes les branches de la 3e paire, autres que celles qui se rendent aux releveurs, étaient intactes. Ces dernières, traitées par l'acide osmique et le picro-carmin étaient très altérées; la plupart des tubes nerveux étaient réduits à l'état de gaines vides, quelques-uns seulement étaient encore en voie d'altération ; quant aux fibres musculaires de ces mêmes muscles, elles avaient subi une atrophie très prononcée, avec aspect granuleux dans quelques-unes. Cette limitation des lésions aux nerfs des releveurs semble démontrer la nature périphérique de ces névrites. OZENNE.

VIII. — P..., 38 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, de Berlin, dans le service de Westphal, le 15 juillet 1876. Jusqu'en 1875 cette femme a toujours été bien portante; sa maladie avait débuté par des vomissements, suivis de maux de tête, le tout durant sept jours. Après un intervalle de quatre semaines, les vomissements se sont reproduits, et ainsi de suite après des périodes de temps plus ou moins longues. Les matières vomies étaient verdâtres, n'ont jamais contenu de sang. La malade a beaucoup dépéri ; elle marche difficilement, dort peu la nuit, elle est souvent prise de tremblement ; elle est très irritable. Anorexie, souvent constipation.

Depuis deux ans que la malade a atteint l'âge critique, elle s'est aperçue que la sensibilité était émoussée aux membres, principalement à droite. Autour du front, elle éprouve une sensation constrictive. La faiblesse des jambes est allée en augmentant, mais sans phénomènes d'incoordination motrice.

A son entrée, la malade offrait des symptômes bien tranchés du tabes dorsalis.

Anesthésie très prononcée. Sensibilité musculaire intacte. Abolition du réflexe patellaire.

La malade quitta l'hôpital pour y revenir en octobre 1880. A ce moment, douleurs lancinantes dans les membres supérieurs. Difficulté pour uriner et pour aller à la selle. Myosis. Diminution de l'acuité visuelle. Sensation de pression dans le rectum, de constriction au niveau du thorax. Pas de troubles de sensibilité aux membres supérieurs, pas d'ataxie. Quant la malade écarte les doigts de la main, ceux-ci sont agités de tremblement. Marche impossible sans le secours d'un aide. La malade localise mal les impressions périphériques. Sensibilité très émoussée à la plante des pieds.

Dans le cours des dix-huit mois suivants, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de l'inégalité de dilatation des pupilles, crises gastralgiques jusqu'à 3 et 4 fois par jour. Le tremblement s'est accentué dans les membres supérieurs, survenant parfois quand les membres étaient au repos. Sensibilité musculaire diminuée.

Mort dans le collapsus, le 19 juillet 1883.

Autopsie : Le cerveau très anémié présente une structure intacte. Dans la moelle dégénérescence typique des cordons postérieurs. Dans les nerfs périphériques (saphènes, cutanés, etc.), dégénérescence atrophique des fibres nerveuses, sans prolifération du tissu conjonctif. Diminution du nombre des fibres à myéline, très notable, mais variant beaucoup d'un nerf à l'autre. E. RICKLIN.

IX. — L'auteur, discutant quelques faits de mal perforant plantaire avec anesthésie et troubles trophiques, qui avaient de longue date précédé l'apparition des symptômes spinaux du tabes, se demande si dans un certain nombre de cas l'ataxie locomotrice ne débute pas par une névrite périphérique, laquelle remonte secondairement vers la moelle. Il ne donne à l'appui de cette hypothèse aucune preuve, sinon l'antériorité des phénomènes de névrite et d'arthropathie sur les douleurs fulgurantes. H. R.

X. — A l'aide du procédé de coloration de Weigert, Lissauer a pu se convaincre que la richesse en fibrilles nerveuses, qui caractérise la structure des colonnes de Clarke à l'état normal, fait défaut dans les cas de tabes dorsalis. Il semble que cette disparition des fibrilles nerveuses fait surtout des progrès à une période avancée du tabes. Dans 10 cas de sclérose des cordons postérieurs, avec ou sans participation des cordons latéraux à la dégénérescence, Lissauer a constaté cette raréfaction des fibrilles nerveuses dans le territoire des colonnes de Clarke. Les cellules ganglionnaires, bien conservées, occupaient un territoire d'une teinte pâle, presque complètement dépourvu de fibrilles nerveuses; la substance grise située tout à l'entour présentait une structure absolument normale.

Lissauer fait remarquer que même sur des préparations obtenues par durcissement dans l'acide chromique, les colonnes de Clarke, chez les tabétiques, présentent un aspect particulier; la préparation a une teinte pâle translucide, au lieu de cette teinte mate et jaunâtre qu'on trouve en la substance grise dans les circonstances ordinaires.

En somme, d'après les recherches de Lissauer, il semble que dans le tabes dorsalis, le territoire des colonnes de Clarke soit le siège d'une dégénérescence isolée de fibres nerveuses. Dans une note additionnelle, Westphal annonce qu'il a réussi, à l'aide d'un nouveau procédé de coloration, à rendre cette dégénérescence plus évidente encore. Voici en quoi consiste le nouveau procédé : les coupes sont colorées à l'aide d'une forte solution d'hématoxyline, puis lavées dans une solution alcaline de ferrocyanure de potassium ; la différenciation se fait ainsi, et on distingue alors : les fibrilles nerveuses colorées en noir foncé, la substance fondamentale colorée en jaune clair et les cellules ganglionnaires en brun ; les noyaux ne sont pas colorés.

XI. — Strümpell a étudié avec beaucoup de soin la topographie des altérations spinales dans dix cas de tabes, avec l'idée préconçue de trouver des arguments en faveur de la doctrine qui voit dans cette maladie une affection systématique. La seule considération des caractères et de l'évolution clinique du tabes dorsalis rendent à priori cette opinion très vraisemblable. En effet le tabes dorsalis classique se manifeste toujours par les mêmes signes et symptômes, dont quelques-uns peuvent faire défaut ou présenter une intensité plus ou moins grande ; de là les différences, plus apparentes que réelles, dans l'expression symptomatique de la maladie considérée chez un certain nombre de sujets. Mais autant sont exceptionnels certains symptômes, tels que l'atrophie musculaire, la paralysie motrice, les manifestations spasmodiques, les modifications de l'excitabilité électrique, autant sont fréquents les symptômes sur lesquels on fonde aujourd'hui le diagnostic du tabes dorsalis, même à une période peu avancée.

I. — Névrite multiple, par G. WEBBER (*Arch. of med. New York, XII, p. 33*).

II. — Pathologie de la névrite multiple, par L. HIRT (*Neurol. Centralb.*, n° 21).

I. — Webber a eu l'occasion d'observer 18 cas de névrite multiple ; il publie, dans son travail, la relation de quatre de ces cas, dont un seul avec autopsie. Dans ce cas unique, des altérations semblables à celles qu'on voit survenir à la suite de la section d'un tronc nerveux ont été constatées sur les nerfs médian, cubital, radial, sciatique des deux côtés, sur le nerf phrénique à droite, sur la portion supérieure du nerf vague et sur le nerf récurrent de ce même côté.

D'après Webber, la névrite multiple se distingue de la poliomyélite antérieure subaiguë par l'existence dans les cas de névrite, de douleurs, de l'hyperesthésie, d'une extrême sensibilité des troncs nerveux à la pression, en outre, par un certain degré d'anesthésie et par l'accélération du pouls. Par son début insidieux, elle diffère de la poliomyélite aiguë ; celle-ci d'ailleurs frappe rarement les quatre membres. La névrite multiple ne saurait aussi être confondue avec l'atrophie musculaire progressive, car dans celles-ci on ne constate ni troubles de la sensibilité, ni les signes de la réaction de dégénérescence ; avec la paralysie saturnine, la confusion est encore moins difficile.

L'acide salicylique administré à l'intérieur a paru abréger la durée de la maladie. Contre les douleurs, Webber a employé avec succès des applications de compresses imbibées d'une solution d'acide phénique à 4 et 5 0/0.

II. — Les deux observations rapportées par le professeur Hirt sont d'un tout autre genre que celles dont il a été question jusqu'ici. Elles offrent une grande ressemblance avec les observations publiées par Déjerine, sous le nom de nervo-tabes périphérique :

Femme de 34 ans, célibataire, travaillant sans relâche à la machine à coudre ; n'a jamais eu la syphilis. Au mois de septembre 1883, elle fut examinée pour la première fois par M. Hirt ; elle se plaignait alors de troubles de la sensibilité (fourmillements et engourdissement dans les doigts ; la force musculaire avait diminué, la malade se fatiguait très vite. Elle avait de l'incertitude de la démarche plus marquée dans l'obscurité. Le phénomène de Romberg existait chez elle d'une façon très nette. Analgésie cutanée, par places, aux membres inférieurs. Points douloureux sur le trajet des nerfs cubital et radial, de chaque côté. Absolument aucune anomalie du côté des yeux.

Un examen plus minutieux, donna un peu plus tard (24 novembre 1883) les résultats suivants : douleurs lancinantes, principalement dans les jambes ; atrophie très nette des muscles innervés par les nerfs tibiaux à gauche, avec diminution de l'excitabilité faradique, dans les signes de la réaction de dégénérescence. La marche présente un caractère ataxique bien prononcé. Impossibilité de se tenir d'aplomb les yeux fermés. Tremblement aux membres supérieurs, s'exagérant à l'occasion des mouvements intentionnels. Dépression psychique très marquée.

Traitement. Défense absolue de travailler à la machine à coudre ; bains tièdes. Faradisation cutanée. Laxatifs. Dans le courant de l'été, l'atrophie n'avait pas fait de progrès. Toutes les autres manifestations pathologiques s'étaient dissipées, mais le phénomène du genou continuait d'être aboli.

Jeune fille de 20 ans, travaille quotidiennement à la machine à coudre et

d'une façon très active. Le 27 février de cette année (1884) douleurs très vives dans tout le corps, qui affectent un caractère lancinant et térébrant dans les membres inférieurs. T. 38°,4. Quatre jours après, engourdissement et anesthésie de la plante des pieds, parésie des membres inférieurs, démarche ataxique. Phénomène de Romberg. Abolition des réflexes rotuliens. Hyperesthésies en différentes régions du dos. Troubles trophiques de la peau, avec état ichthyosique. Ralentissement très net de la transmission centripète. Pas de diminution de la force musculaire. Pas d'atrophie.

Fin mars, même traitement que ci-dessus; au bout de trois mois, il ne subsistait plus qu'un peu d'ataxie des membres inférieurs, se manifestant au moment de la marche. Tous les autres symptômes avaient disparu et, détail curieux à mentionner, le phénomène du genou avait reparu.

Pour Hirt, c'est à tort qu'on appliquerait à des cas de ce genre la dénomination de nervo-tabes, car ils n'ont de commun avec le tabes classique qu'une grossière ressemblance extérieure; ce sont des cas de névrite multiple, parfaitement curable, ne donnant jamais lieu à des troubles des fonctions de la vessie, ni à des phénomènes oculaires, contrairement à ce qui a lieu dans le tabes urané, maladie qui dépend d'une lésion des centres nerveux. L'ébranlement mécanique communiqué au corps par le mouvement d'une machine à coudre, pourrait, selon l'auteur, occasionner cette névrite multiple. RICKLIN.

Gangrène symétrique des deux pieds d'origine névritique, par PITRES et VAILLARD (*Bull. Soc. de Biol.*, 26 *juillet* 1884).

Il s'agit d'un cas de gangrène massive et symétrique des deux pieds, survenue spontanément chez une jeune femme atteinte d'hydropisie ventriculaire et de périencéphalite chronique. L'étude microscopique n'a montré d'altération que sur la moelle et les nerfs des membres inférieurs. La moelle est le siège d'une sclérose diffuse légère occupant les deux cordons antéro-latéraux et les 4/5 antérieurs des cordons postérieurs. Tous les fragments des nerfs du tiers inférieur des deux jambes sont profondément altérés; ils sont formés de gaines vides et par des masses de myéline isolées ou par des leucocytes gorgés de gouttelettes de myéline. Les ganglions rachidiens sont normaux. Cette observation fournit un exemple de gangrène d'origine névritique. OZENNE.

The visual area in the brain determined by a study of hemianopsia, par Allen STARR (*Am. Journ. of the med. Sc.*, *p.* 65, 1884).

De l'analyse de 32 cas d'hémianopsie, avec autopsie, l'auteur tire les conclusions suivantes : L'hémianopsie latérale homonyme peut être produite non seulement par la lésion d'une bandelette optique, mais encore par une lésion située dans une des régions suivantes : pulvinar d'une couche optique, partie postérieure ou irradiations occipitales d'une capsule interne, faisceaux blancs ou écorce d'un lobe occipital. Des lésions étendues ou multiples occupant deux ou un plus grand nombre de ces points, produisent le même symptôme. Une lésion des fibres optiques, sur un point quelconque de leur trajet entre le chiasma et l'écorce occipitale, produira une cécité partielle des deux yeux; il y a relation directe, homonyme entre la lésion d'un lobe occipital et la cécité des deux moitiés correspondantes des rétines; c'est-à-dire que la lésion d'un lobe occipital

droit, par exemple, donnera non pas une cécité de l'œil gauche, mais bien une cécité de la moitié droite des deux rétines.

La nature de la lésion n'a du reste aucune influence spéciale ; l'hémianopsie doit être considérée comme un symptôme de localisation, et non comme un signe banal de lésion cérébrale.

L'étude des observations rapportées par Starr conduit à la conclusion formelle que l'aire visuelle occupe la région occipitale du cerveau, confirmant ainsi en partie les résultats déjà obtenus par Wernicke, Stilling, Munk, etc.

Quel que soit du reste le point du tractus optique interrompu par la lésion, entre le chiasma et le lobe occipital, le signe clinique de l'hémianopsie latérale homonyme sera le même. Les symptômes concomitants permettront seuls de pousser plus loin l'analyse localisatrice.

A. CHAUFFARD.

Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie (Atrophie faciale), par Julius WOLFF (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *XCIV*, *Heft* 3, *p.* 398, 1883).

On connaît une cinquantaine de cas d'atrophie faciale unilatérale. L'auteur croit rapporter le second cas d'atrophie bilatérale :

La malade, d'une famille de tuberculeux, avait eu, dans son enfance, la rougeole et la scarlatine. A la suite de celle-ci, elle avait eu une angine probablement diphtérique. Cette angine avait déterminé des élancements violents dans l'oreille droite. C'est par la moitié droite de la face que commença l'atrophie. Les amygdales étant restées volumineuses et douloureuses, surtout celle de droite, on les excisa. La malade eut ensuite une fièvre typhoïde ; elle aurait eu une récidive trois mois après. La moitié droite de la face était déjà notablement atrophiée, les cheveux étaient beaucoup moins abondants qu'à gauche ; apparition de douleurs à droite avec hyperesthésie, conjonctivite. Puis le côté gauche présenta des phénomènes analogues. Convulsions et contractions transitoires des masticateurs, attaques épileptiformes avec perte de connaissance. Enfin tuberculose laryngée, puis pulmonaire. Les diverses mesures prises comparativement sur chaque moitié de la face étaient en général d'un dixième inférieures à droite qu'à gauche.

Quelle a été la cause de cette atrophie double ? Doit-on accuser les maladies infectieuses qu'elle a présentées (scarlatine, fièvre typhoïde, tuberculose) ou l'angine chronique consécutive à la scarlatine. En faveur de cette opinion, l'auteur fait remarquer que sur les 5 cas connus d'hémiatrophie faciale congénitale on a noté deux fois de l'hypertrophie des amygdales.

P. GALLOIS.

I. — Bericht der vom deutschen Reich zur Erforchung der Cholerastiologie (Rapport de la mission allemande), par Robert KOCH (*Alexandrie*, 17 *septembre* 1883).

II. — Die Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage, par R. KOCH (*Deutsche medic. Wochenschrift*, *n°* 32, *p.* 32 *et* 33, 1884).

III. — Ueber den Bacillus der Cholera nostras und seine Cultur, par FINKLER et PRIOR (*Tageblatt der* 57 *Versammlung deutscher Naturforscher.*, *Magdeburg*, *p.* 216-223, 1884).

IV. — Ueber die Cholerabacterien, par R. KOCH (*Deutsche medic. Wochenschrift n°* 45, 1884).

V. — Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra observé en 1883 en Egypte, par STRAUS, ROUX, NOCARD et THUILLIER (*Arch. de phys.*, 15 *mai* 1884).

VI. — Recherches sur le choléra à Toulon, par STRAUS et ROUX (*Acad. de méd.* 1884, *et Union méd.*, 9 *août* 1884).

VII. — Memorandum on the « Comma shaped » bacillus alledged to be the cause of cholera, par T. Richard LEWIS (*Med. Times*, 20 *septembre* 1884).

VIII. — The comma shaped bacillus a zymogenic not pathogenic entity, par George WATERS (*Ibid.*, 8 *novembre* 1884).

IX. — Recherches sur le choléra, par Charles LIVON (*Soc. de méd. de Marseille*, 13 *septembre* 1884).

X. — Sur l'inoculation du bacille virgule du choléra, par NICATI et RIETSCH (*Semaine méd.*, *p.* 370, 1884).

XI. — La vitalité du microbe du choléra, par les mêmes (*Rev. scientif.*, 22 *novembre* 1884).

XII. — Bacille en virgule du choléra, par BABÈS (*Soc. anat.*, 21 *novembre* 1884).

XIII. — Recherches sur la présence des bactéries dans les viscères des cholériques, par DOYEN (*Gaz. des hôp.*, 18 *décembre* 1884).

XIV. — Recherches sur le bacille virgule du choléra asiatique, par E. van ERMENGEN (*Gaz. méd. de Paris*, 29 *novembre* 1884).

XV. — Odeur et effets toxiques des produits de la fermentation produite par les bacilles en virgule, par NICATI et RIETSCH (*Acad. des Sciences*, 24 *novembre* 1884).

XVI. — Sur le choléra à Naples et sur les micro-organismes trouvés chez les cholériques, par EMMERICH (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 50, 1884).

XVII. — Critique de C. FLUGGE (*Ibid. n°* 2, 1885).

XVIII. — Sur une nouvelle variété de bactéries semblables aux spirilles du choléra, par Th. DENEKE (*Ibid. n°* 3, 1885).

XIX. — Sur la présence de sels biliaires dans le sang des cholériques et sur l'existence d'un alcaloïde toxique dans les déjections, par Gabriel POUCHET (*Acad. des Sciences*, 17 *novembre* 1884).

XX. — Choléra et cholérine, par NICATI (*Ibid.*, 24 *novembre* 1884).

XXI. — Expériences pour servir à l'étude des phénomènes déterminés chez l'homme par l'ingestion stomacale du liquide diarrhéique du choléra, par BOCHEFONTAINE (*Ibid.*, 17 *novembre* 1884).

I et II. — Au moment de l'apparition du choléra indien à Toulon, une commission composée de sommités médicales de Berlin s'est réunie à l'office sanitaire impérial de cette ville, sous la présidence de M. R. Virchow, pour discuter un certain nombre de questions concernant l'étiologie, la pathogénie et la prophylaxie du choléra. A cette occasion, M. R. Koch a fait un exposé complet des résultats de ses recherches entreprises en Égypte d'abord, puis aux grandes Indes et à Toulon pour découvrir le microbe, germe présumé du choléra. M. Koch a parlé d'abord des résultats microscopiques des nécropsies de cholériques, qu'il a eu

l'occasion de pratiquer en Égypte et aux grandes Indes. Il a insisté sur ce que les lésions étaient limitées à l'intestin. Dans un certain nombre de cas ces lésions répondaient à la description des livres classiques; dans beaucoup d'autres il n'en était rien. Il existait à la surface interne de l'intestin grêle, principalement au-dessus de la membrane iléo-cæcale, une rougeur qui allait en s'effaçant de bas en haut. Cette zone d'hyperémie était parsemée de foyers d'hémorragie superficiels, quelquefois aussi de plaques de nécrose recouvertes d'un dépôt diphtéritique. Alors au lieu du liquide riziforme dont parlent les auteurs, l'intestin renfermait une sérosité plus ou moins sanguinolente, d'une odeur fétide. D'autres fois il existait une simple tuméfaction de la muqueuse de l'intestin, marquée surtout au niveau des plaques de Peyer; le contenu de l'intestin était incolore.

A différentes profondeurs de la muqueuse intestinale, l'examen microscopique fit découvrir la présence de bactéries appartenant à des espèces variées; ces bactéries se trouvaient également dans le contenu intestinal. Dans les cas de choléra récent, à marche foudroyante, une espèce de bactérie prédominait. C'est celle à laquelle M. Koch a donné le nom de bacilles en virgule (*Kommabacillen*). Les bactéries en question ont les formes de bacilles incurvés; l'incurvation souvent ne dépasse pas celle d'une virgule, d'autre fois elle équivaut à une demi-circonférence. D'autres fois encore le bacille résulte de la juxtaposition, en sens inverse, de deux arcs, ce qui lui donne la forme d'un S. Il s'agirait là, en réalité de deux bactéries restées accolées l'une à l'autre au moment de la multiplication d'une bactérie-mère. En poursuivant leur développement, les bacilles parfois s'allongent en fils ondulés, contournés en pas de vis; de là une ressemblance assez grande avec les spirilles de la fièvre récurrente. M. Koch incline à croire que le bacille en virgule représente une forme de transition entre les bacilles vrais et les spirilles; peut-être aussi s'agit-il de spirilles dont on n'aperçoit que des fragments dans le champ du microscope.

Voici maintenant pour les caractères micro-biologiques du bacille en virgule : il se développe et se multiplie avec une rapidité extraordinaire dans le bouillon de viande. Il se développe également dans le lait, sans provoquer, comme d'autres bactéries, la coagulation de la caséine. Le bacille en virgule peut encore être cultivé dans le sérum sanguin, dans la gélatine qui constitue pour lui un excellent milieu de culture. Cultivé à l'état pur, dans la gélatine préparée suivant les indications de Koch, le bacille en virgule donne naissance à des colonies qui ont une forme tout à fait caractéristique; ce sont des amas pâles, arrondis, à contour sinueux, dentelés par places, et qui ne tardent pas à prendre un aspect granuleux. Ces granulations présentent bientôt une très grande réfringence, qui les fait ressembler à de petits globules de verre. Tout autour de la colonie, la gélatine se liquéfie, sur une petite étendue seulement; il en résulte une dépression en forme d'entonnoir, au centre de laquelle on aperçoit un petit point brillant. Ces caractères macroscopiques des colonies formées par le microbe en virgule quand on le cultive dans la gélatine, ont quelque chose de tout à fait caractéristique et M. Koch y attache une grande importance.

On réussit encore à cultiver le bacille en virgule sur de l'agar-agar

additionné de bouillon de viande et de peptone. Le mélange constitue une gelée qui n'est pas liquéfiée par les colonies en voie de formation et d'accroissement. Enfin, autre détail auquel M. Koch attache une grande importance; cultivé à la surface de tranches de pommes de terre cuite, le bacille en pullulant forme une couche d'un brun clair tirant sur le gris, et tout autour la substance de la pomme de terre revêt une teinte d'une blancheur éclatante.

La température la plus favorable à la culture du bacille en virgule est celle comprise entre 30° et 40°. Le développement du bacille se fait encore assez bien à une température comprise entre 30° et 17°. Au-dessous de 16°, ce développement paraît s'arrêter. En exposant à une température de — 10° une culture de microbe en virgule, de façon à congeler la masse, et en ensemençant après coup une particule de cette culture congelée, le résultat obtenu n'a rien laissé à désirer, preuve que le microbe en virgule résiste très bien à la congélation. Par contre, la privation d'air et d'oxygène arrête le développement des bacilles en virgule; celui-ci rentre donc dans la catégorie des bactéries *aérobies*.

En thèse générale le bacille en virgule, dit M. Koch, se développe avec une extrême rapidité; arrivée à son apogée, sa végétation reste stationnaire fort peu de temps, puis elle décroît avec une grande rapidité; les bacilles se ratatinent, ou bien ils se boursouflent; ils ne s'imprègnent plus, comme précédemment, de certaines matières colorantes.

Quand on étudie le développement des bacilles en virgule à la surface d'un morceau de toile humide sur lequel on a étalé des déjections d'un cholérique, on constate qu'au bout de vingt-quatre heures les bacilles, grâce à l'extrême rapidité de leur végétation, prédominent sensiblement sur les autres bactéries en suspension dans le contenu intestinal; à ce moment on a sous les yeux une culture presque pure. Mais au bout de deux ou trois jours, cette végétation exubérante du bacille en virgule est refoulée par la pullulation d'autres bactéries.

L'iode paraît être sans influence délétère sur la culture du bacille en virgule; la plupart des acides arrêtent le développement de ce microbe. Ce même résultat peut être obtenu avec l'alcool additionné à un milieu de culture dans la proportion de 1 à 10, avec le sulfate de fer (solution à 2 0/0). Koch a fait observer à ce propos, que si on voulait utiliser cette propriété du sulfate de fer pour désinfecter les déjections des cholériques et les fosses d'aisance, on irait à l'encontre du but désiré; on arrêterait dans leur développement, sans les tuer, les bacilles en virgule ainsi que les bactéries de la putréfaction; les premiers seraient donc soustraits à l'antagonisme des dernières.

En fait d'autres substances dont M. Koch a éprouvé le propriétés antiparasitaires, l'alun en solution au 1/100°, le camphre au 1/300°, l'acide phénique au 1/400°, l'essence de menthe poivrée au 1/2000°, le sulfate de cuivre au 1/25000°, le sulfate de quinine au 1/5000°, le sublimé au 1/100000° sont doués de la propriété d'arrêter le développement de ce microbe. La dessication, d'après les recherches de M. Koch, anéantirait à jamais les propriétés pathogènes et la vitalité du bacille en virgule. Ce dernier serait privé du pouvoir d'émettre des spores durables, autre caractère qui le rapproche des spirilles.

M. Koch a développé ensuite les raisons qui l'ont conduit à considérer

le bacille en virgule comme le germe spécifique du choléra. Ces raisons peuvent se résumer dans ces quelques mots : Le bacille en virgule, avec ses caractères microbiologiques propres, se rencontre dans le contenu de la muqueuse de l'intestin des cholériques ; il ne s'y rencontre que pendant la durée du choléra et sa présence est d'autant plus facile à mettre en évidence qu'il s'agit d'un cas de choléra de date plus récente à évolution très rapide. Ce bacille en virgule n'a pu être découvert dans le tractus intestinal ni dans aucun autre organe que chez les seuls cholériques. M. Koch n'a jamais pu en trouver de traces à l'autopsie de nombre de sujets emportés par affections variées et en particulier par des maladies de l'intestin. Si le bacille en virgule ne développe pas le choléra chez les animaux, cela tient en partie à ce que, ingéré avec les aliments par les voies supérieures, le microbe de Koch est détruit dans l'estomac par le suc gastrique. Toutefois, des expériences ont été faites, consistant à introduire le bacille en virgule directement dans l'intestin, soit en traversant les parois abdominale et intestinale avec le trocart d'une seringue de Pravaz, soit en portant l'agent pathogène en un point aussi élevé que possible de l'intestin, à l'aide d'une sonde très longue introduite à travers l'anus, et les expériences ont donné des résultats absolument négatifs. Aussi, M. Koch avait-il pensé un moment, que les animaux étaient réfractaires aux inoculations avec le bacille en virgule.

Dans la dernière partie de son mémoire, M. Koch s'est attaché à faire voir que sa découverte se concilie sans peine avec les notions acquises sur l'étiologie du choléra.

III. — Les idées de M. Koch ont rencontré de nombreux contradicteurs. Cette question a fait l'objet d'une communication de la part de Finkler et Prior, de Bonn ; ils ont cultivé sur de la toile de lin, dans du bouillon de viande, dans de la gélatine, sur des pommes de terre, dans du lait, des flocons de mucus recueillis dans des selles de malades affectés du choléra nostras et qui contenaient des bacilles rappelant par leur forme ceux que M. Koch a décrits sous le nom de bacilles en virgule du choléra indien. Les cultures étaient exposées à une température de 25 à 30 degrés, dans une pièce humide. Au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures, il s'y était formé des colonies de bacilles en virgule qui pouvaient être réensemencées et ainsi de suite jusqu'à la sixième ou la septième génération. Les produit de ces cultures successives étaient de plus en plus purs, c'est-à-dire que les bacilles en virgule y étaient de moins en moins mélangés à d'autres bactéries. Les caractères microbiologiques qu'ils ont trouvé à ces bacilles en virgule répondent de tous points à la description de M. Koch, sauf en ce qui concerne la sporulation. Contrairement à ce qu'avait avancé M. Koch, MM. Finkler et Prior affirment que les bacilles en virgule, dont la durée n'est qu'éphémère, donnent naissance en se désorganisant, à des spores douées d'une grande résistance. MM. Finkler et Prior ont donné de cette sporulation une description très détaillée, de même qu'ils ont décrit la transformation des bacilles-virgules en spirilles. Ils ont fait ressortir combien leur découverte portait atteinte à la valeur diagnostique attribuée par Koch à son bacille en virgule.

IV. — Koch conteste l'exactitude des observations et surtout des interprétations de Finkler et Prior ; ces derniers n'ont pas employé les

mêmes procédés de culture que lui, et Koch montre que la séparation des bactéries pathogènes et indifférentes est difficile à obtenir dans des cultures sur une tranche de pomme de terre. Les bactéries de la putréfaction, notamment, s'y multiplient avec une rapidité surprenante.

MM. Finkler et Prior ont si peu obtenu des cultures pures, que, dans les échantillons parvenus à M. Koch, ce dernier a pu découvrir quatre espèces distinctes de bactéries. Une seule se rapprochait des bacilles en virgule du choléra, par certains caractères, mais en différaient par d'autres au point qu'il est impossible de maintenir l'assimilation de ces deux espèces de bactéries. Les bacilles signalés par MM. Finkler et Prior sont plus gros, plus informes que les bacilles en virgule de M. Koch ; ils se développent avec plus de rapidité dans la gélatine qu'ils liquéfient très vite sur une grande étendue. Ils forment dans le milieu de culture des amas bien distincts, comme aspect, des colonies formées par les bacilles en virgule du choléra asiatique. A une température de 15 à 18 degrés, ils se développent très bien sur des tranches de pomme de terre cuite, contrairement à ce qui a lieu pour les autres.

Enfin, dans les préparations faites par MM. Finkler et Prior avec les selles franches de malades atteints du *choléra nostras*, M. Koch n'a pas réussi à découvrir la moindre trace de son bacille en virgule.

Incidemment, M. Koch a fait savoir que dans une nouvelle série d'expériences il a réussi à développer les manifestations d'un choléra mortel chez des animaux auxquels il a injecté dans le duodénum des cultures pures du microbe en virgule pour une forme extrêmement diluée. Ce résultat a été obtenu sans que préalablement on eût lié le canal cholédoque des animaux en expérience. Ceux-ci succombaient au bout de 36 heures, trois jours au plus. E. RICKLIN.

V. — L'attention des auteurs devait être surtout dirigée sur les microorganismes renfermés dans le contenu intestinal et dans les déjections des cholériques. Ces liquides ont été examinés à ce point de vue à l'état frais ou sur des préparations par la méthode de Koch. Les selles riziformes et le contenu intestinal recueilli sur le cadavre immédiatement après la mort renferment les organismes les plus variés : micrococcus de différentes dimensions et de différents groupements, bactéries diverses, bacilles les uns mobiles, les autres immobiles. Assez fréquemment le liquide intestinal contient un infusoire piriforme, muni d'un filament caudal, le cercomonas intestinalis.

L'examen histologique de l'intestin grêle montre que la lésion la plus frappante et la plus générale est la desquamation du revêtement épithélial sur toute l'étendue de l'intestin grêle. Une autre altération qui s'observe sur toute l'étendue de l'intestin grêle, c'est une infiltration nucléaire du tissu adénoïde de la muqueuse, des villosités, des follicules isolés et des plaques de Peyer ; sur le duodénum et le jéjunum, cette infiltration ne dépasse guère la *muscularis mucosale*; sur l'iléon elle est plus profonde, et envahit toute la sous-muqueuse. La tunique musculeuse est intacte. Le tissu sous-séreux est infiltré de leucocytes. L'endothélium de la séreuse a disparu.

Les organismes que l'on trouve dans les parois de l'intestin grêle ne se rencontrent guère que dans l'iléon. Dans le cas où la mort survient

rapidement, l'invasion de l'iléon par les microbes se limite généralement à la villosité, à la lumière des conduits tubulés et au tissu de la muqueuse proprement dite ; dans les cas prolongés, l'invasion est plus profonde et gagne la sous-muqueuse, mais les microbes n'envahissent et ne franchissent jamais la tunique musculeuse, et ne pénètrent pas davantage dans les vaisseaux turgides de la sous-muqueuse. Ces organismes appartiennent du reste aux espèces les plus diverses : micrococcus en chapelets ou en zoogloeas, bacilles de longueur et d'épaisseur variables, bactéries diverses. Il est une forme de bacilles que l'on rencontre incontestablement avec une grande fréquence et en nombre prédominant; ce bacille est droit, d'une longueur d'environ 2 points, d'un diamètre un peu plus fort que celui du bacille de la tuberculose, homogène dans toute sa longueur, et ne présentant pas de spores.

Après l'intestin, les organes qui, dans le choléra, présentent les lésions les plus intéressantes sont les reins.

Les lésions de rein, dans le choléra, sont des lésions régressives, nécrobiotiques dans leur essence, qui se rapprochent à plusieurs égards de la névrose dite de coagulation, quoiqu'elles n'en réalisent pas le type complet.

Le foie montre les lésions suivantes : les travées hépatiques sont écartées, et ont perdu en partie leur ordonnance radiée ; les capillaires sanguins sont distendus, et gorgés d'hématies. Les cellules hépatiques sont déformées, mal limitées, granuleuses ; leurs noyaux parfois multipliés, sont augmentés de volume et vésiculeux.

Les ganglions mésentériques et la rate sont congestionnés. De même que le foie et les reins, ils ne renferment aucun micro-organisme.

Le cœur droit et les veines profondes sont distendus par un sang noir qui souvent n'est pas coagulé, même plusieurs heures après la mort. Au microscope, les globules rouges paraissent pâles et poisseux, mais non agglutinatifs. Les globules blancs sont augmentés de nombre, remplis de granulations et diminués de consistance. Les intervalles libres compris entre les globules montrent de petits corpuscules allongés, paraissant étranglés en leur milieu, et ressemblant aux petits articles du ferment lactique, avec cette différence qu'ils sont beaucoup plus petits et que leur réfringence est si faible, qu'ils sont difficiles à voir. Ces petits corps prennent et gardent mal les matières colorantes ; ils augmentent et apparaissent parfois réunis par trois ou quatre formant de petites chaînettes, dans le sang conservé à l'étuve à 38 degrés. L'on pouvait incliner à voir dans ces petits articles un organisme microscopique. Pour en donner la preuve, il fallait faire la culture de cet organisme dans des milieux appropriés ; mais semé dans les liquides les plus variés, le sang cholérique n'a fourni la culture d'aucun microbe.

Les auteurs se sont efforcés vainement de communiquer le choléra aux animaux.

Introduites sous la peau d'animaux divers, des quantités plus ou moins grandes de vomissements et de selles cholériques n'ont provoqué aucune maladie ayant quelque analogie avec le choléra ; inoculé de même, l'enduit visqueux qui recouvre le péritoine n'a déterminé aucune maladie ; injecté soit sous la peau, soit dans les veines de différents animaux, le sang cholérique n'a causé aucun effet. Enfin, c'est sans résultat positif

que des matières cholériques ont été introduites par la voie rectale dans l'intestin d'un grand nombre d'animaux purgés ou non antérieurement, et que des matières, des fragments d'intestin ou de viscères cholériques mélangés ou non à des corps solides destinés à vivifier les voies digestives, ont été ingérés à un grand nombre d'animaux purgés ou non préalablement. V. HANOT.

VI. — MM. Straus et Roux ont pu compléter ces premières recherches pendant l'épidémie cholérique de Toulon. Leurs investigations ont de nouveau porté sur la recherche d'un organisme spécifique dans les tuniques intestinales. Dans un certain nombre de cas ils ont trouvé les organismes les plus divers, surtout quand la maladie s'était prolongée. Au contraire, dans les cas plus rapides, suraigus, beaucoup moins nombreux, il a été impossible de déceler leur présence. Il paraît donc établi que dans les cas les mieux caractérisés de choléra, on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales.

L'organisme spécial, que Koch regarde comme étant la cause du choléra, ne siégerait pas, en effet, dans ces tuniques, mais bien dans le contenu même de l'intestin et dans les selles.

Pour mettre en évidence le bacille virgule, les auteurs ont opéré d'après les indications et suivant la méthode de Koch. Une parcelle de selles ou de mucus intestinal est étalée en couche mince et desséchée sur une lamelle à couvrir. La préparation ainsi obtenue est légèrement chauffée et colorée par une solution aqueuse assez concentrée de couleur basique d'aniline, de préférence par le bleu de méthylène.

On peut alors constater que les selles des cholériques renferment le plus souvent un grand nombre d'organismes microscopiques divers. Dans beaucoup de cas on n'y rencontre qu'un petit nombre d'organismes en virgule, alors même qu'elles ont l'aspect riziforme caractéristique. Le contenu intestinal, prélevé dans les meilleures conditions sur le cadavre, montre aussi dans la majorité des cas des micro-organismes variés parmi lesquels on trouve le bacille en virgule, sans que ce dernier semble prédominer sur les autres. Dans un cas cependant, cas foudroyant, dont l'autopsie a été faite avec le concours de M. Koch, l'intestin grêle était tapissé par une sorte de mucus blanc grisâtre, filant : dans une parcelle de ce mucus on voyait une grande quantité de bacilles en forme de virgule. Ils étaient, pour ainsi dire, comme en culture pure dans ce mucus. Le même fait a été observé dans un autre cas.

Mais le plus souvent le bacille en virgule est loin de prédominer. Pour le mettre en évidence il faut recourir à la culture d'après les procédés indiqués plus haut.

MM. Straus et Roux ne pensent pas qu'on puisse conclure de ce qui précède que le microbe en virgule soit l'organisme du choléra. Tant que par l'administration d'une culture pure de cet organisme on ne sera pas parvenu à donner la maladie, la preuve ne sera pas faite. D'ailleurs ne trouve-t-on pas des bacilles recourbés et de forme tout à fait semblable à celle du bacille de M. Koch dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra ? Maddox, de Londres, a photographié un microbe en virgule qu'il a rencontré dans un réservoir d'eau. M. Malassez a trouvé des microbes en virgule dans des selles de dysenterie. On en trouve encore dans le mucus vaginal des femmes leucorrhéiques ; on en a même trouvé dans

la sécrétion utérine muqueuse d'une femme ayant un épithélioma du col au début.

Étant donné que la bacille en virgule ne réside que dans le contenu de l'intestin, il faut admettre, si toutefois il est la vraie cause du choléra, que, pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il sécrète un ferment soluble, une ptomaïne, un poison quelconque, extrêmement énergique, qui une fois absorbé, provoque les symptômes de la maladie. C'est ce poison qu'il faudrait extraire et expérimenter sur les animaux.

G. DECAISNE.

VII. — L'auteur, envoyé à Marseille pour étudier le choléra, note dans ce rapport les recherches qu'il a pu faire sur le bacille de Koch. Il ne croit pas à la spécificité de ce microbe attendu qu'on peut rencontrer ce même bacille dans la salive et les sécrétions buccales de sujets en parfaite santé. La vérification de ce fait est, dit-il, très simple pour tout histologiste au courant de ces études spéciales. Le bacille trouvé dans l'intestin des cholériques ne diffère en rien de celui qu'on rencontre dans la salive.

VIII. — D'après Waters, le bacille virgule se rencontre dans le mucus intestinal de personnes mortes de toute autre maladie que le choléra ; il existe en abondance dans l'urine neutre ou légèrement alcaline. Voici sa méthode d'examen : on verse sur une plaque une goutte d'urine, on évapore à la flamme de la lampe à alcool, et on colore avec la solution alcoolique de violet de gentiane ou de bleu de méthyle ; on lave à l'eau distillée et on sèche de nouveau à la lampe.

Le bacille virgule n'a pas de relations spécifiques avec le choléra ; il existe dans cette maladie mais on peut le regarder comme effet plutôt que comme cause de la maladie. Il serait étroitement lié aux phénomènes de fermentation azotée.

IX. — M. Livon a injecté à des animaux, dans le tissu cellulaire, dans la trachée, le péritoine, dans l'estomac, l'intestin, le sang, des matières de vomissements et de déjections de cholériques ; ces matières étaient tantôt filtrées, tantôt injectées telles quelles ; tantôt contenaient, en proportions variables, des bacilles virgules. Aucun des animaux n'a présenté le moindre symptôme cholérique, soit clinique, soit anatomo-pathologique.

On a alors cultivé le microbe sur des linges entretenus constamment humides et des animaux reçurent en injection ou eurent comme boisson, les eaux de lavage de ces linges au 3e jour. Même insuccès que précédemment.

M. Livon signale la présence des bâtonnets observés par Straus, de divers éléments microbiens ; il note également une altération qui lui paraît prépondérante, en raison de sa constance, ce sont des déformations des globules sanguins qui s'allongent, s'étirent et conservent une forme olivaire.

Le sang, présentant cette altération dans tous les cas de choléra, a été inoculé aux animaux ; ces inoculations n'ont réussi qu'autant que le sang était recueilli dans le cours de la période algide et surtout au début de cette période. Le sang pris pendant la période de réaction ne provoquait chez les animaux aucun accident.

X. — Lorsqu'on injecte dans le duodénum d'un chien, après ligature du canal cholédoque, le contenu intestinal d'un homme mort du choléra

ou bien une culture artificielle de bacilles virgules, ces animaux meurent après un ou quelques jours et leur intestin est gorgé d'une purée laiteuse extraordinairement riche en cellules épithéliales, où foisonnent les virgules.

Les mêmes lésions peuvent être obtenues chez le cobaye par la seule injection dans le duodénum sans ligature du cholédoque et même par l'introduction dans l'estomac, à l'aide de la sonde, d'une quantité massive de matière virulente.

Les symptômes constatés pendant la vie sont : de la diarrhée, des vomissements (chien seulement), de la cyanose avec abaissement de température; on a aussi constaté sur un chien une augmentation de température après la mort.

Le sang examiné ne présente pas plus que chez les cholériques algides tendance à la déformation crénelée des globules, mais, au contraire, à de la déformation par compression réciproque, fait observé aussi dans les asphyxies par compression mécanique.

XI.— Dans cette note, les auteurs étudient l'action des divers agents parasiticides sur les microbes cholériques.

L'eau saturée d'acide sulfureux et étendue de 9 volumes d'eau distillée ne tue le bacille qu'au bout de 15 minutes.

Les acides sulfurique au 4/000e, chlorhydrique au 1/2000e, azotique, ont une action rapide; l'acide phénique au 1/500e agit en un quart d'heure; l'acide salicylique au 1000e, en 10 minutes. Il faut le même temps aux solutions de chlorure de zinc (11000e), sulfate de cuivre (3000e), sublimé (1/300000e).

Une température de 60° tue le bacille.

XII. — M. Babès a retrouvé presque toujours le bacille virgule dans les selles et à la surface de la muqueuse de l'iléum de cholériques; il a employé le procédé de Koch modifié dans quelques détails.

Au lieu d'agiter la parcelle de matière fécale prise dans l'intestin dans de la gélatine liquéfiée par la chaleur, il commence par l'agiter dans de l'eau distillée, stérilisée (5 c. c. environ) et ensemence ensuite avec une gouttelette de cette eau les plaques de gélatine.

On obtient facilement des cultures de bacilles virgules sur ces plaques entre 18 et 20°. On voit de petits points opaques 15 heures après l'ensemencement, mais ces points ne présentent un aspect caractéristique qu'au bout de 20 heures ou même de 24 heures.

Au bout de 30 heures on note la confluence de plusieurs cultures qui finissent par se réunir, par se fondre; on n'a plus alors de figure régulière; la gélatine est liquéfiée, et dans cette zone liquéfiée nagent de petits flocons. Si on ensemence, en se servant du fil de platine habituel, un tube de gélatine, la culture se présente, deux jours après, sous l'aspect d'une masse grise, transparente, à surface excavée, granuleuse, conique, à sommet dirigé vers le fond du tube, avec un prolongement globuleux, blanchâtre. Si on se sert d'une gélatine plus concentrée (10 : 100), il existe toujours à la surface de la culture une bulle d'air formée par la rétraction de la gélatine voisine et la forme décrite se trouve au fond de cette bulle.

M. Babès a également cultivé le bacille virgule sur du lait, du café, de la viande, des carottes, des légumes, des œufs, du bouillon, des pommes

de terre. Les bacilles ne se développent pas sur des fruits frais, cuits ou desséchés, sur des liquides acides, sur la bière ou le vin, sur des conserves contenant peu de liquide, sur la viande salée ou fumée, le fromage. Les bacilles desséchés sur une lamelle sont morts après vingt minutes. Il faut, au préalable, stériliser par la chaleur ces divers milieux, sans cela la culture est impure et le bacille ne se développe pas ou se développe mal.

On peut aussi, en remplaçant la gélatine par l'agar-agar, à la température du corps, obtenir des cultures très rapidement (en 10 heures), mais ces cultures sont moins caractéristiques que celles des plaques de gélatine; le sérum de bœuf donne des cultures caractéristiques sous la forme de masses globuleuses opaques. L'eau distillée n'est pas un milieu favorable; au bout de 24 heures on ne trouve plus de bacilles; en inoculant après 24 heures une partie de cette eau sur la gélatine, on n'obtient rien. En mêlant la gélatine avec 1 : 90.000 de sublimé, après quatre jours, on voit seulement le commencement du développement des bacilles dans la gélatine; avec 1 : 100.000 de sublimé, le développement est aussi beaucoup retardé, mais, après trois jours, on voit néanmoins une liquéfaction superficielle de la gélatine.

Dans la gélatine liquéfiée, après 24 heures, on constate que les bacilles sont animés de mouvements très marqués, mouvements oscillatoires ou analogues à ceux des spermatozoïdes.

M. Babès a cherché sans succès le bacille virgule dans des organes autres que l'intestin A. CARTAZ.

XIII. — Dans toutes les autopsies de cholériques qu'il a faites, l'auteur a trouvé des bacilles virgules dans le contenu et les tuniques de l'intestin.

L'inoculation dans la gélatine de fragments de foie, de rein et de rate provenant de trois sujets différents, a donné des résultats positifs, et a révélé la présence de plusieurs espèces de bactéries : des bacilles virgules, des diplocoques, des microcoques en chaînettes et des bâtonnets volumineux.

D'autre part, l'auteur a découvert dans sept cas, sur des coupes, les mêmes variétés de bactéries, que la culture lui avait fournies; il en déduit, d'après ce double résultat, que dans le choléra il existe une septicémie complexe, d'origine intestinale, développée par suite de la chute de l'épithélium, et que les bactéries contenues dans l'intestin peuvent pénétrer dans l'épaisseur de ses tuniques, durant la vie, et de là dans le sang. OZENNE.

XIV. — L'auteur confirme, dans ce rapport adressé au ministre de l'intérieur de Belgique, la plupart des faits énoncés par Koch, présence du bacille virgule, possibilité de cultiver le bacille. Il admet, à peu près intégralement, les conclusions du professeur allemand.

XV. — Les cultures pures de bacilles virgules présentent une odeur caractéristique qui a quelque chose d'éthéré, analogue à celle des matières intestinales des cholériques au début.

Si on dépouille de leurs bactéries des cultures pures, anciennes de huit jours au moins, et qu'on les injecte dans la veine d'un animal, on observe des accidents, vomissements, diarrhée, parésie des membres, accidents suivis parfois de mort. Le duodénum présentait des taches

ecchymotiques et le sang offrait les caractères de ceux observés à la période algide du choléra.

Les cultures récentes, dépouillées et injectées de même, ont été inactives. A. C.

XVI. — Neuf cadavres de cholériques et le sang d'une jeune femme en puissance de choléra ont été utilisés pour les recherches d'Emmerich. Les cultures faites avec les produits d'ensemencement recueillis sur les neuf cadavres ont mis constamment en évidence une seule et même variété de bactéries. Cette constatation a été faite le plus souvent sur des cultures dont le produit d'ensemencement provenait des reins et du foie, plus rarement quand la matière ensemencée avait été extraite des poumons ou de la rate. Les ensemencements faits avec du sang ou des sucs organiques aboutissaient, dès la première génération, à une culture pure de la bactérie qu'Emmerich considère comme l'élément spécifique du choléra. Réensemencés suivant le procédé de Kock, ces produits de première culture ont reproduit le plus souvent des colonies de bactéries spécifiques. Ces mêmes bactéries ont été trouvées sur des coupes provenant de l'intestin et des reins, ainsi que dans le sang tiré des veines de la femme dont il a été question plus haut et qui était à la période asphyxique du choléra (six heures avant la mort). Enfin, d'après Emmerich, on les trouve en très grand nombre dans le contenu intestinal et dans les selles des cholériques.

Ces bactéries ont la forme de cellules cylindriques à bouts arrondis; elles sont une fois aussi longues que larges, tantôt isolées, tantôt accouplées par deux ou trois. Par leur forme et leurs dimensions, elles affectent une grande ressemblance avec les bactéries de la diphtérie, dont on les différencie facilement par l'aspect des colonies et par leurs propriétés pathogènes. A un grossissement de 100 diamètres, les colonies situées dans l'épaisseur de la gélatine ont la forme de pierres à aiguiser. Celles qui sont situées à la superficie ressemblent à des écailles d'huîtres plates et arrondies. Les premières, vues par transparence, sont d'un jaune brun, blanches sous un éclairage direct, granuleuses. Les secondes sont d'un jaune pâle au centre, blanches à la périphérie, avec tendance à s'étaler en surface.

XVII. — Flügge critique vivement la communication d'Emmerich; il conclut que le bacille découvert par Koch représente seul la vraie bactérie spécifique du choléra asiatique.

XVIII. — C'est parmi les micro-organismes éclos dans un fromage conservé depuis assez longtemps que Deneke a découvert une bactérie très semblable au bacille-virgule décrit par Koch, et au bacille de même apparence que Finkler et Prior ont trouvé dans les déjections de malades affectés du choléra nostras. Voici les caractères morphologiques de cette nouvelle espèce de bactérie: les bacilles sont plus petits que ceux de Koch; les filaments en forme de spirilles sont plus nombreux dans le champ du microscope et plus allongés que les simples bâtonnets, moins long pourtant que les spirilles du choléra; leur incurvation est plus accusée. Si on laisse évaporer la gouttelette de bouillon de culture, qu'on chauffe la plaque pour colorer ensuite la préparation avec la fucshine et qu'on examine après addition de baume de Canada, les différences que l'on constate entre les bacilles de Deneke et ceux de Koch sont diffi-

ciles à saisir; elles portent principalement sur les dimensions: les bacilles de Deneke sont, comme il vient d'être dit, les plus courts. Enfin les spirilles formées par l'accolement de plusieurs individus présentent des angles saillants, au lieu d'incurvations. Ensemencés dans de la gélatine de culture, les bacilles de Deneke forment des colonies qui, examinées par transparence, à un grossissement de 100 diamètres, ont une forme bien régulière, circulaire, à contour noir, avec un centre verdâtre tirant sur le brun ; ces colonies présentent un aspect granuleux irrégulier. Plus tard, quand la gélatine commence à se liquéfier et que les colonies s'enfoncent, elles perdent leur teinte noire. La liquéfaction de la gélatine est beaucoup plus rapide que dans les cultures du bacille de Koch, elles l'est moins que dans les cultures du bacille de Finkler-Prior. Quand des cultures pures sont réensemencées dans des tubes à réactif contenant de la gélatine, les colonies obtenues affectent la plus grande ressemblance avec celles du bacille de Koch; elles s'étalent un peu plus en surface et, en liquéfiant la gélatine, elles donnent naissance à un liquide trouble. Un peu plus tard, la différenciation des deux variétés de bacilles devient aisée, à cause de la liquéfaction plus rapide du milieu de culture opérée par les bacilles de Deneke.

Sur des tranches de pommes de terre cuites, ces bacilles ne se développent qu'à une température de 35-37°, en formant une bouillie d'un brun foncé; elles ne se développent pas du tout sur des tranches de pommes de terre crues.

Des inoculations faites à des cobayes, avec des produits de culture de cette nouvelle bactérie, n'ont donné que des résultats négatifs.

E. RICKLIN.

XIX. — Chez quatre cholériques morts pendant la période algide, le sang du cœur et des gros vaisseaux contenait une quantité notable de sels biliaires. Si l'on examine l'urine des sujets arrivés à la période de réaction, on trouve cette urine abondamment chargée de sels biliaires. Les sels biliaires existent-ils préformés dans le sang !

Les déjections cholériques contiennent une substance huileuse, de la nature des ptomaïnes d'une toxicité redoutable.

XX. — En s'appuyant sur la note de Pouchet, N... est tenté de rapprocher les désordres produits par le choléra de ceux observés dans l'ictère grave. La cholémie serait le facteur essentiel de ces graves symptômes.

XXI. — L'auteur a eu le courage d'avaler cinq centimètres cubes de liquide diarrhéique (contenant des vibrioniens, des bactériens de toute espèce et le bacille en virgule) mélangé à une poudre inerte gomme et lycopode. Le soir il eut un peu de fièvre, quelques nausées, de la dysurie, avec petites convulsions fibrillaires dans les muscles des membres, constipation. Le malaise se dissipa le lendemain.

L'ingestion stomacale du liquide intestinal ne produit donc pas fatalement le choléra.

A. CARTAZ.

I. — Le choléra. Étiologie et prophylaxie, par A. PROUST (*In-8°, Paris*, 1883).

II. — De la probabilité d'une invasion de choléra en Europe, par Max von PETTENKOFER (*Sanitary Record*, *n°* 311, *p.* 47, *août* 1883).

III. — Rapport des commissions médicales chargées de déterminer la nature et les caractères de la maladie qui a éclaté à Damiette le 22 juin 1883, (*Alexandrie*, 1883).

IV. — Des mesures prophylactiques et de l'organisation du service d'assistance publique en temps d'épidémie cholérique. — Rapport de M. ARDOUIN-BEY, (*Alexandrie*, 10 *juillet* 1883).

V. — Zur Cholera-Epidemie in Egypten, par H. WILDT (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n*os 37 à 41, *septembre et octobre* 1883).

VI. — Des acquisitions scientifiques récentes concernant l'étiologie et la prophylaxie du choléra, par A. FAUVEL (*Acad. des Sciences*, 28 *mai* 1883).

VII. — Note sur l'épidémie de choléra qui règne en Égypte, et sur les chances que l'Europe a d'en être préservée, par A. FAUVEL (*Annales d'hygiène publique*, *août* 1883).

VIII. — Instruction populaire sur les précautions d'hygiène privée et les mesures d'hygiène publique à prendre en cas d'épidémie de choléra, par VALLIN (*Rev. d'hyg. et de police sanitaire*, *V*, 581, *juillet* 1883).

IX. — Précautions contre le choléra, par PASTEUR (*Ibid.*, *V*, 698, *août* 1883).

X. — Instruction zur Desinfection von Seeschiffen (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n*° 31, *p.* 479, 30 *juillet* 1883).

XI. — Ueber die Verbreitung der Cholera durch leblose Träger (Propagation du choléra par les agents inanimés), par DRASCHE (*Wiener med. Woch.*, *n*° 42, 1883).

XII. — Le choléra de 1884. — Discussion à l'Académie de médecine (*Bull. Acad.*, *XIII*, *n*° 26 *et suiv.*).

XIII. — De la non-contagiosité du choléra, par BOUCHARDAT (*Ibid.*, *XIII*, *n*° 37).

XIV. — De la contagion du choléra, par GRANCHER (*Rev. d'hygiène*, *août* 1884).

XV. — Le choléra dans les hôpitaux de Paris, par Émile RIVIÈRE (*Acad. des Sciences*, 23 *novembre* 1884, *janvier* 1885).

XVI. — Du réflexe tendineux dans le choléra, par JOSIAS (*Progrès méd.*, 31 *décembre* 1884).

XVII. — Le choléra asiatique, par WAKEFIELD (*Broch. Paris*, 1883).

I. — Les mesures sanitaires destinées à empêcher le retour direct par mer des pèlerins à Suez ont réussi quatre fois, en 1872, 1877, 1881 et 1882, à préserver l'Égypte et partant l'Europe des épidémies apparues à la Mecque.

Un milieu favorable, constitué en particulier par certaines conditions telluriques, est le complément indispensable au pouvoir de l'agent cholérique.

Proust ne croit pas à la transmission du choléra par un individu sain ; dans les faits invoqués, il s'agissait soit d'individus crus indemnes bien qu'atteints de diarrhée cholérique, soit d'individus portant des vêtements souillés de matières cholériques.

Le principe contagieux se régénère dans l'homme malade. L'air am-

biant semble être son véhicule principal. Toutefois la contagion par l'air ne peut s'exercer que dans une sphère limitée, et jamais on n'a vu le miasme cholérique s'échapper d'un lazaret et, transporté par l'air, aller infecter une ville voisine.

L'eau potable est également un agent de propagation de la maladie et la transmission a lieu alors par le tube digestif, mais elle est beaucoup moins fréquente que la transmission par l'air.

Proust, sans accorder une valeur absolue à la théorie de Pettenkofer, ajoute qu'il n'est pas douteux que les terrains poreux, perméables et humides, offrent les conditions les plus favorables à la propagation du choléra. Le littoral occidental de la mer Caspienne, qui a été la voie suivie par la plus grande épidémie cholérique, est formé de terrains poreux, dans lequel le niveau des eaux souterraines se modifie à diverses époques de l'année.

Les différences de races et de nationalités sont sans influence aucune.

Les chemins de fer sont moins dangereux que les bateaux à vapeur pour la propagation du choléra.

Les armées, comme les foires et les pèlerinages, ont une double action: ce sont des foyers de renforcement et en même temps des causes de dissémination de la maladie.

La prophylaxie du choléra doit s'exercer à la fois dans l'Inde et aux frontières de l'Europe.

Dans l'Inde, la surveillance la plus rigoureuse doit être effectuée sur les pèlerinages : au moment du départ des pèlerins, il faut s'assurer que chacun peut subvenir à des frais de voyage, qu'on n'emmène aucun malade, que les bateaux ne sont pas encombrés. Les lieux de pèlerinage doivent être assainis. Enfin au retour, dès qu'il y a quelques cas suspects, il faut empêcher la dissémination des pèlerins.

La défense des frontières de l'Europe comprend, du côté de la voie terrestre, la création de services sanitaires internationaux en Perse, à Mesched, Kirmanschah et Tauris, en même temps que sur le littoral du golfe Persique. Tous les ports russes de la mer Caspienne devraient en outre être pourvus d'établissements quarantenaires; du côté de la voie maritime, c'est sur la mer Rouge que doit être organisée la défense.

II. — Pettenkofer revient sur sa théorie favorite de l'immunité des vaisseaux contre le choléra. Il serait trop long de le suivre dans les détails de cette théorie, qui a d'ailleurs été démontrée fausse dans un certain nombre de cas.

III. — Une commission de 8 membres délégués, une moitié par le conseil de santé et d'hygiène publique du Caire, l'autre moitié par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie, s'est rendue à Damiette le 24 juin 1883, pour se rendre compte de la nature de l'épidémie régnante. Après un séjour d'un jour et demi, durant lequel les membres de la commission ont vu une douzaine de malades et pratiqué une autopsie, ils ont été unanimes, au retour, pour affirmer qu'il s'agissait du choléra.

IV. — Les auteurs du rapport, chargés par le corps médical d'Alexandrie d'élaborer un projet d'organisation de l'assistance publique et de rédiger des instructions prophylactiques en vue de l'épidémie, ont dressé

leur travail en 5 parties : 1° mesures d'hygiène et de prophylaxie à prendre en temps de choléra ; 2° premiers soins à donner en cas d'attaque; 3° mesures propres à étouffer les foyers cholériques au début de l'épidémie ; 4° service médical de secours aux malades pendant l'épidémie ; 5° désinfection.

V. — Histoire bien résumée de la marche de l'épidémie d'Égypte.

J. B.

VI. — Les ports de l'Inde où le choléra est endémique ne sont jamais le théâtre d'une grande épidémie, parce que la population naturelle y jouit d'une certaine immunité.

Mais cette immunité n'existe pas pour les étrangers à la localité qui sont dans les conditions d'aptitude à contracter le choléra ; tels sont les pèlerins musulmans qui viennent s'embarquer à Bombay pour se rendre à la Mecque.

Les épidémies de choléra qui se développent dans les régions de l'Inde où la maladie n'est pas endémique proviennent des foyers d'endémie et sont favorisées par les pèlerinages hindous.

Les épidémies observées parmi les pèlerins de la Mecque se rattachent à la même origine.

Une épidémie grave de choléra confère au pays ou à la localité qui en a été le théâtre une immunité plus ou moins complète et plus ou moins durable dont il est impossible de formuler la loi pour l'Europe, mais qui, dans l'Inde, paraît avoir une durée de plusieurs années.

Dans le Hedjaz et en général dans les régions peu peuplées de l'Arabie, le choléra n'a qu'une faible tendance à se propager parmi la population autochtone.

Le fait d'une grande épidémie de choléra dans un pays quelconque est une preuve que le choléra n'y est pas endémique.

VII. — C'est par Constantinople, Trieste et l'Italie que le choléra a surtout chance de se répandre en Europe.

L'Angleterre est en relations constantes avec les pays indiens, où il règne sans qu'il en soit jamais résulté une importation de la maladie. L'invasion de l'Angleterre par le choléra n'a jamais eu lieu que quand il sévissait dans les mers du nord de l'Europe. Ce fait tient à ce que la durée du voyage entre Port-Saïd et l'Angleterre n'est pas moindre de 14 jours.

L'épidémie qui sévit aujourd'hui en Égypte y a été importée de l'Inde. Cette importation est la conséquence de la suppression des mesures préventives qui défendaient le pays, et la responsabilité en revient tout entière à l'autorité anglaise.

VIII. — Une commission de la Société de médecine publique a rédigé une instruction populaire visant les précautions à prendre à l'état de santé, les moyens prophylactiques généraux et personnels et les moyens thérapeutiques et désinfectants en cas de maladie.

La commission recommande comme désinfectants soit le sulfate de cuivre, soit le chlorure de chaux en poudre.

IX.— Se basant sur l'hypothèse que le choléra ne pénètre pas dans l'organisme par les voies respiratoires, mais uniquement par les voies digestives, à moins de circonstances exceptionnelles, M. Pasteur a recommandé de ne faire usage que d'eaux potables bouillies ou puisées à la

source dans des vases flambés; que de vin chauffé en bouteille à 60° et bu dans des verres également flambés; de ne consommer que des aliments très cuits ou des fruits lavés avec de l'eau bouillie qu'on aura conservée dans le même vase où elle a subi l'ébullition.

Avant de le manger, couper le pain en tranches minces qu'on exposera à une température de 150° degrés pendant 20 minutes.

Exposer à la même température tous les vases alimentaires.

Avant de s'en servir, plonger dans de l'eau bouillante les draps et les linges de toilette.

L'eau à l'usage de la toilette aura été portée à l'ébullition et additionnée après refroidissement d'un cinquantième d'acide thymique ou d'un cinquantième d'acide phénique.

Se laver plusieurs fois par jour les mains et la figure avec de l'eau bouillie additionnée d'acide phénique.

Avant de manier des cadavres de cholériques ou des linges souillés de leurs déjections, se couvrir la bouche et les narines d'un masque formé de deux toiles métalliques, puis comprenant entre leurs surfaces de la ouate sous une épaisseur de 1 centimètre. Avant de revêtir le masque, l'exposer chaque fois à la température de 150°.

X. — Le ministre du commerce de Prusse vient de publier, à la date du 17 juillet 1883, une nouvelle instruction sur la désinfection des navires. En voici quelques extraits.

Comme agents désinfectants, on prescrit soit la solution phéniquée, préparée en dissolvant 1 partie d'acide à cent pour cent dans 18 d'eau, on agitera la liqueur au moment d'en faire usage; le sublimé corrosif, destiné exclusivement à la sentine ou vapeur d'eau à 100° centigrades. Le temps pendant lequel les objets seront exposés à la vapeur ne doit pas être moindre d'une heure, pour ceux qui se laissent pénétrer facilement, tels que les vêtements, et de 2 heures pour les autres.

L'épreuve suivante indiquera si la désinfection du fond de cale a été suffisante :

On prélève en divers lieux de la sentine des échantillons de l'eau désinfectée et on y plonge jusqu'à moitié une bande de tôle de cuivre poli au papier émeri. Quand la désinfection est suffisante, il se forme sur la partie plongée du cuivre un dépôt gris que le doigt enlève facilement. En l'absence de ce dépôt, il faut recommencer l'opération jusqu'à ce qu'on l'obtienne.

Puis ce résultat atteint, on laissera encore séjourner pendant 24 heures dans la cale l'eau additionnée de désinfectant. Au bout de ce temps, on videra la sentine de son contenu et on y introduira de l'eau de mer. Pour laisser le moins possible de désinfectant, on videra de nouveau le contenu de la sentine, en le remplaçant par de l'eau propre, au moins trois fois dans les 3 jours suivants. (*R. S. M.*, I, 124, 281 et 673; II, 476, 495, 650 et 1039; III, 162; IV, 106, 142 et 227; V, 252 et 569; VI, 263; VII, 129 et 564; VIII, 164; XI, 548; XVII, 100). J. B.

XI. — Dans l'épidémie de choléra qui a frappé Vienne en 1873, l'auteur s'est appliqué à signaler les dangers que courent les personnes occupées à laver le linge des cholériques.

La blanchisserie Wambacher, à Dormbach, recevait le linge désinfecté des trois hôpitaux civils de Vienne et employait 80 femmes, 20 hommes, bien

nourris et bien logés. Le 20 avril, une blanchisseuse, avertie du danger qu'elle court, perd connaissance ; on l'emporte, et elle meurt du choléra, à l'hôpital Élisabeth, le 23. Jusqu'au 26 avril, pas de malade. Ce jour-là, une jeune femme est atteinte et meurt le lendemain. Dès lors les ouvrières refusent toutes leur service. La plus courageuse se met au travail le 27, et presque aussitôt tombe malade, pour mourir le 30, dans l'établissement. A partir de ce moment les cas de choléra diminuent à Vienne et la blanchisserie de Dornbach ne reçoit qu'une faible quantité de linge souillé par des cholériques, d'autant plus que les objets suspects sont lavés dans les hôpitaux mêmes. Pas de cas jusqu'au 16 mai. Depuis ce jour jusqu'au 6 septembre, dix cas (un seul homme). En tout, 13 cas et 7 décès. Le propriétaire a remarqué que le linge était dangereux surtout au moment de son arrivée.

Plusieurs cas observés dans le village de Dornbach, hors de l'établissement, ont été attribués à l'eau employée dans la blanchisserie et déversée dans des fontaines dont les habitants faisaient usage.

Une enquête à la maison nommée Rudenhaus (Dickichgasse 16) a fourni aussi à l'auteur des renseignements utiles : il n'y a pas là de grand établissement, mais on blanchit dans la plupart des logements ; on compte à peu près 150 blanchisseuses. Le premier cas de choléra s'y déclare seulement le 31 juillet, chez un enfant de 10 ans qui meurt. Pendant trois semaines, treize autres cas répartis sur six logements. En tout 8 morts. Presque tous les sujets atteints s'occupaient de la manipulation du linge. Cette épidémie locale s'arrête au bout de trois semaines.

Puisqu'il est impossible de brûler la totalité du linge souillé par les cholériques, il faut au moins le désinfecter et le laver à l'hôpital. Quand c'est là qu'il a été employé, et, pour celui qui a été sali en ville, il faut le soumettre à la plus stricte surveillance. L. GALLIARD.

XII. — En présence de l'apparition de cas de choléra à Toulon pendant le mois de juin, M. Fauvel pense qu'il ne s'agit pas là de choléra asiatique. Pour lui, c'est une maladie née de circonstances locales, au milieu d'une agglomération énorme de troupes. Ces conditions spéciales répondraient tout à fait à celles qui, dans certains pays, en Angleterre notamment, ont suffi parfois à déterminer des épidémies locales plus ou moins meurtrières. Ces épidémies s'éteignent sur place et ne se propagent pas.

Suivant M. Sirus Pirondi, de Marseille, l'épidémie, qui a débuté par Toulon et qui s'est ensuite propagée sur les côtes de la Méditerranée, est bien une épidémie de choléra asiatique. Malgré toutes les précautions prises par l'autorité maritime, il est impossible de nier que c'est par les nombreuses communications entre Toulon et la Chine que le germe cholérique a été introduit dans notre principal port de guerre.

M. Brouardel, au nom de la commission prise dans le sein du comité consultatif d'hygiène, formule les conclusions suivantes :

1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France ;

2° Le simulacre de désinfection imposé aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemins de fer est inefficace ;

3° Il y a lieu d'établir sur les lignes de chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale, pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie, et les isoler des autres voyageurs ;

4° Les mesures de préservation efficaces sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison. Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isole-

ment des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies, et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur.

M. Jules Guérin trouve dans l'épidémie actuelle la confirmation des idées qu'il a toujours soutenues. Pour lui, il en est de l'évolution du choléra comme de celles de toutes les épidémies en général : c'est un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

M. Marey s'est livré à de nombreuses recherches portant sur les épidémies antérieures et sur l'épidémie actuelle, dans le but de déterminer qu'elle pouvait être l'influence des eaux contaminées sur la dissémination du choléra. Selon lui, en attendant des documents topographiques nouveaux sur la marche de la maladie, on a dès maintenant le droit d'affirmer que, parmi les influences multiples qui peuvent la transmettre, il en est une qui domine toutes les autres. C'est la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique. Assurer dans chaque localité la pureté des eaux potables devrait être la première préoccupation des hygiénistes, le premier devoir de l'administration.

XIII. — D'après l'auteur, le parasite du choléra serait transmissible bien plutôt par l'air que par l'eau. Tel qu'il évolue dans le corps des malades, il ne paraît pas immédiatement dangereux, et, pour qu'il le devienne, il faut qu'il se modifie. M. Bouchardat pense donc que les médecins ne courent aucun danger en visitant les cholériques, et qu'ils n'emportent pas le parasite avec eux. C'est ainsi que dans l'épidémie de 1832 il n'est mort dans tout Paris que trente médecins ou chirurgiens. Ce nombre ne s'éloigne pas de la moyenne des pertes des autres professions. Il faut ajouter que les médecins étaient cependant placés dans les circonstances les plus défavorables en raison du surcroît de fatigues qu'ils avaient à supporter. En 1849 il n'est mort aucun médecin des hôpitaux par suite du choléra. En 1865-1866 il n'est mort du choléra à Paris que 12 personnes appartenant aux professions médicales, soit 1,97 pour 1,000, chiffre bien au-dessous de la moyenne.

Il n'est donc besoin de prendre aucune précaution pour visiter les malades, et, après les avoir vus, il est superflu de prendre des mesures de désinfection. En 1832, aucune femme et aucun enfant de médecin n'a été atteint par le fléau. En 1865-1866, les femmes des médecins de Paris arrivent au nombre des privilégiées avec 9 décès seulement, soit 1,03 pour 1,000. Et cependant il n'y avait guère de médecins qui ne visitassent chaque jour un ou plusieurs cholériques, et ils rentraient chez eux sans avoir passé par la boîte à fumigations. GASTON DECAISNE.

XIV. — Dans cette étude critique, l'auteur passe en revue les diverses conditions admises pour la propagation du choléra. Il discute, preuves en main, les faits de contagion par contact, par contamination de l'eau, des aliments, et il arrive à conclure que la contagion indirecte du choléra par l'air atmosphérique est possible dans certaines circonstances exceptionnelles ; que la contagion directe par les ingesta est certaine, qu'elle est la règle et que c'est en employant les moyens prophylactiques contre cette contagion directe qu'on arrivera à se garantir plus sûrement du fléau. A. C.

XV. — Voici les chiffres qu'a donnés à M. Rivière la statistique des

cas de choléra du 4 novembre, jour du début de l'épidémie, au 15 janvier, date où celle-ci a pris fin dans les hôpitaux de Paris :

1,080 cas, 636 hommes, 444 femmes.

587 décès, 340 hommes, 247 femmes.

Dans le seul asile de vieillards de Breteuil, 79 pensionnaires sur 215 ont été frappés par le fléau; 65 d'entre eux ont succombé, ainsi que 2 religieuses chargées de les soigner.

XVI. — Josias rapporte sept observations qui lui permettent de conclure que les réflexes sont exagérés plus ou moins manifestement au début et à la période d'état de la maladie, et se montrent atténués et normaux au moment de la convalescence ; dans les cas graves rapides, l'exagération est constante ; dans les cas graves à évolution lente, elle est fréquente; dans les cas légers, les réflexes sont normaux. H. L.

XVII. — L'auteur donne une histoire des épidémies cholériques en Europe et dans l'Inde. Il insiste particulièrement sur la modalité de l'affection dans cette région, où il a pu l'observer. Le chapitre relatif à la contagion, à la propagation du choléra, est très important, car l'auteur cite plusieurs faits très probants recueillis dans une caserne, dans la forteresse de Givalion, où les variations atmosphériques semblent avoir précédé l'explosion du choléra. Peut-être s'agit-il d'un fait de contagion par des germes apportés par l'air. A. CARTAZ.

I. — The life history of the liver fluke, par THOMAS (*The Lancet*, 18 *novembre* 1882).

II. — Ueber Distoma hepaticum beim Menschen, par Eugen BOSTROEM (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXIII*, *Heft* 6, *p.* 557, 1883).

III. — Dysenterie parasitaire, par PFIHL (*Arch. de méd. navale*, *août* 1884).

IV. — Ueber einige neue Parasiten des Menschen, par E. BAELZ (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 234, *août* 1883).

V. — On endemic hœmoptysis, par MANSON (*The Lancet*, 31 *mars* 1883).

VI. — On the endemic hœmaturia of the south east coast of Africa, par Vasy LYLE et John HARLEY (*Medico-chir. Transact.*, *LXVI*, *p.* 113, 1883).

VII. — Contribution à l'étude du distoma hœmatobium, par ZANCAROL (*Soc. méd. hôp.*, *avril* 1884).

VIII. — Oil of turpentine in Egyptian endemic hœmaturia, par WORTABET (*The Lancet*, 9 *décembre* 1882).

I. — Thomas relate ses recherches sur la douve hépatique, ce parasite qui détermine la maladie connue sous le nom de *cachexie aqueuse du mouton*. L'hôte intermédiaire qui donne asile à l'embryon du distome est un petit mollusque amphibie, le *Limnœus trunculatus*, qui habite ordinairement les prairies inondées. Les métamorphoses de la douve hépatique sont les suivantes : l'œuf, sorti des conduits biliaires du mouton, et rejeté par les fèces, donne bientôt issue à l'embryon, par suite de la chute de l'opercule qui recouvre le pore de sortie; l'embryon, mis en liberté dans l'eau, se meut au moyen de filaments ciliaires; il est en forme de fuseau, pourvu de taches visuelles et très sensible à la lumière,

Quand il arrive au contact d'un *Limnœus truncatulus*, il en perfore la coquille au moyen de sa papille céphalique et se loge à l'intérieur, où il se transforme en sporocyste. Il perd son enveloppe extérieure, et les cellules qui tapissent sa cavité viscérale donnent, par prolifération, des masses embryonnaires aux dépens desquelles se formera le cercaire. Les sporocystes se développent dans les cavités pulmonaires du limaçon; le cercaire, une fois formé, gagne le foie et se nourrit aux dépens de cet organe; puis il s'enkyste à son tour et demeure alors inactif jusqu'au moment où il est avalé par le mouton; son enveloppe kystique est alors dissoute et le parasite gagne les voies biliaires, où il atteint son parfait développement. D'après l'auteur, le meilleur prophylactique de cette maladie serait le sel, qui, répandu en abondance sur les prairies suspectes, tuerait non seulement le cercaire mais encore le Limnœus. Ce fait justifie l'habitude traditionnelle de beaucoup de fermiers, de donner du sel aux moutons. H. BARTH.

II. — Le fait de Boström concerne un homme de 65 ans qui succomba à un ictère chronique, survenu après des prodromes d'inappétence et de douleurs épigastriques. On trouva une dilatation des voies biliaires avec sclérose du foie; le canal cystique était oblitéré. Un distome occupait la lumière du conduit cholédoque, et, vraisemblablement, était cause de la rétention de la bile. L'auteur n'ose affirmer que la sclérose du foie en fût la conséquence. H. R.

III. — La douve du foie peut-elle donner lieu à des accidents intestinaux? C'est ce que semblerait prouver l'observation de Pfihl :

Un immigrant hindou était soigné depuis quelque temps pour une dysenterie, sans succès du reste, quand il rendit, en 10 jours, 33 douves du foie. A partir de l'expulsion du premier parasite, une amélioration notable se produisit; le lendemain, le sang disparaissait des selles; six jours après la sortie du dernier distome, le malade, guéri, quittait l'hôpital. C. Z.

IV. — Le mémoire de Baelz est consacré à l'étude des helminthes les plus fréquemment rencontrés au Japon. Nous extrayons ce qui a trait à l'histoire de deux parasites nouveaux du genre des douves :

1° La *douve endémique*, ou *pernicieuse*, infeste certains districts, où on la rencontre au moins chez le cinquième des habitants. Ce parasite s'observe dans les villages bâtis sur un sol vaseux récemment conquis sur la mer. Les terrains cultivés en rizières sont entourés de digues, car ils sont au-dessous du niveau de la marée montante. Les paysans n'ont d'autre eau potable que celle de leurs fossés d'irrigation. La preuve du rôle joué par l'eau de boisson dans la transmission de ce ver ressort de ce fait qu'à peu de kilomètres dans l'intérieur, où l'eau potable est meilleure, l'endémie parasitaire est inconnue, malgré que l'une et l'autre population se nourrissent des mêmes coquillages.

Les symptômes produits par la présence du parasite sont les suivants : appétit vorace, sentiment de pression gravative cuisante à l'épigastre, tuméfaction du foie, ictère insignifiant ou manquant complètement, hypertrophie de la rate. État général restant bon pendant des années. Présence des œufs du parasite dans les selles.

Tôt ou tard, malgré la persistance de l'appétit, surviennent une diarrhée sanguinolente incoercible, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et une cachexie finale.

A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur des parois de la vésicule et des conduits biliaires des dilatations kystiques du volume d'une noisette ou d'une noix, renfermant des centaines de petits vers rougeâtres. Ces cavités communiquent librement avec les voies biliaires, qui sont très dilatées, de sorte qu'on peut rencontrer quelques-uns de ces distomes, soit dans les canaux biliaires, soit même dans le duodénum. Le tissu hépatique avoisinant est atrophié.

La douve endémique est un ver aplati, formant un ovale allongé de 8 à 11 millimètres de longueur sur 4, au plus, de largeur; l'extrémité antérieure du corps s'amincit brusquement, la postérieure est arrondie. La ventouse céphalique est un peu plus grande que l'abdominale et possède des anneaux musculaires remarquablement développés. Dans la cavité buccale se trouvent de nombreux crochets cuticulaires. Les organes sexuels féminins sont placés en avant des organes mâles. L'oviducte est tout à fait noir.

Les œufs sont brunâtres, longs de 0,02 à 0,03 millimètres, larges de 0,016; ils ont une coque mince. A l'état de maturité, ils présentent un opercule au niveau de leur petit pôle et une sorte de petit bouton à leur gros pôle. Quelques-uns de ces œufs sont tout à fait noirs, et c'est cela qui donne à l'oviducte sa coloration toute spéciale.

2° La *douve inoffensive*, ainsi nommée parce que, chez les deux individus à l'autopsie desquelz Baelz en a rencontré de nombreux exemplaires, elle n'avait produit aucun symptôme morbide.

Les canaux biliaires, dilatés et à parois hypertrophiées, étaient remplis d'une matière mucilagineuse jaunâtre composée d'épithélium cylindrique et de nombreux œufs de distome. Le foie ne paraissait affecté en aucune façon par la présence de ces parasites.

Ce trématode se distingue du précédent par sa taille plus considérable, atteignant jusqu'à 20 millimètres par son extrémité céphalique non amincie, par la couleur claire et le volume de son oviducte.

Ses œufs, très analogues à ceux de la douve endémique, sont toutefois un peu plus gros, et aucun d'eux n'est noir.

Cette douve, qui se rapproche beaucoup du *Distoma Sinense* de Mac Connell (*R. S. M.*, VII, 175), s'en éloigne par l'absence de la poche séminale ou du second testicule.

3° La douve *pulmonaire*, que Cobbold a nommée *Distoma Ringeri* (*R. S. M.*, XXI, 168), donne lieu à l'hémoptysie parasitaire, souvent prise pour de la tuberculose pulmonaire. Baelz a, le premier, décrit ce distome (*Centralbl. f. die ges. med. Wiss.*, 1880, n° 39), mais il a pris ses œufs pour des psorospermies. Ringer l'a, depuis, rencontré dans l'île de Formose.

C'est un gros ver, long de 8 à 10 millimètres, large de 5 à 6, de forme cylindrique; vivant, il a la couleur du lombric, mais, une fois mort, il devient gris mat. Il est très commun partout au Japon, mais la plupart des gens qui en sont atteints ne sentent pas le besoin de recourir au médecin. Aussi Baelz n'a-t-il pu faire encore qu'une seule autopsie d'hémoptysie parasitaire. Les vers, au nombre d'une vingtaine, étaient logés séparément dans des cavités disposées à la surface des poumons, comme les infarctus hémorragiques.

Ces petites cavernes contenaient une bouillie rougeâtre, composée de

mucus, de globules rouges et blancs, d'éléments du tissu pulmonaire et d'innombrables œufs du distome.

Les parois de ces excavations, d'épaisseur variable, étaient formées de tissu conjonctif plus ou moins dense. Les cavités elles-mêmes ne communiquaient avec les bronches que par de fines ouvertures, disposées comme celles d'un crible.

Les œufs se retrouvent souvent par milliers dans l'expectoration sanglante des malades. Ils sont bruns, operculés à leur bout obtus et ont une longueur de $0^{mm},1$ sur $0^{mm},05$ de largeur.

Un fait intéressant, c'est que les crachats des individus affectés du distome pulmonaire renferment en grand nombre les cristaux de Charcot, qu'on a voulu donner comme étant la cause de l'asthme. J. B.

V. — Manson étudie cette dernière variété de distome et décrit l'hémoptysie parasitaire, qui est endémique au Japon et à l'île Formose. L'helminthe est de forme quadrangulaire, à angles arrondis, long de 12 millimètres sur 4 de large et 8 d'épaisseur; son siège précis dans le poumon n'est pas encore déterminé, non plus que son mode d'introduction, mais sa présence détermine des hémoptysies répétées; et, dans le sang ainsi rejeté par les malades, on trouve une quantité innombrable d'œufs arrondis ou ovales, d'un brun rougeâtre, mesurant 1/20e de millimètre de diamètre environ, offrant un double contour, un opercule à leur extrémité la plus large, et renfermant plusieurs petits globes pâles suspendus dans une substance granuleuse. Ce sont ces œufs qui ont mis sur la voie de la découverte du parasite.

Les faits cliniques n'ont rien appris jusqu'ici sur les métamorphoses et les migrations de ce singulier parasite; mais, par d'ingénieuses recherches, Manson est arrivé à découvrir quelques faits importants. Il plaça dans l'eau quelques crachats renfermant des œufs et les désagrégea par l'agitation, puis les laissa reposer et chaque jour en examina soigneusement quelques spécimens. Au bout de quatre à six semaines, ces œufs, qui, lors du premier examen ne contenaient pas trace d'organisation, renfermaient presque tous un embryon cilié très actif, parfaitement analogue à ceux du Bilharzia et d'autres distomes. Lorsqu'ils approchent de la maturité, leur aspect est très remarquable : l'embryon cilié en forme de cœur qu'ils contiennent fait des efforts extraordinaires pour rompre une membrane en forme de collier qui entoure son extrémité antérieure et pour ouvrir l'opercule de sa coquille; il y parvient enfin, se glisse en s'amincissant par l'ouverture et s'échappe dans l'eau, où il tournoie, avec une extrême rapidité, les cils vibratiles incessamment agités, en prenant diverses formes. Il est évidemment à la recherche de son hôte intermédiaire, dans le sein duquel il doit accomplir sa seconde transformation. Cet hôte intermédiaire est encore inconnu, mais on peut induire des faits acquis que c'est un animal habitant les eaux douces et spécial aux pays dans lesquels se rencontre l'hémoptysie endémique, c'est-à-dire au Japon et à l'île Formose. H. BARTH.

VI. — Il ressort de ce mémoire que l'hématurie endémique parasitaire due à la présence du Bilharzia hematobia se montre sur toute l'étendue de la côte orientale africaine, depuis le delta du Nil jusqu'au Cap et au Zululand. Il semble, au contraire, que sur les plateaux du centre et dans l'ouest le parasite soit inconnu.

Les symptômes initiaux de la maladie sont obscurs; ils n'apparaissent que quand l'helminthe produit des œufs fertilisés : alors le malade commence à rendre une urine dont les dernières gouttes sont mêlées de sang. On trouve dans cette urine des œufs de Bilharzia, absolument pathognomoniques. Mais il faut bien savoir que l'hématurie n'est pas nécessaire, qu'elle est souvent passagère et que, malgré son absence, les urines peuvent contenir une notable quantité d'œufs. Le mémoire d'Harley contient plusieurs observations de ce genre. Les signes généraux sont des douleurs lombaires, parfois une sensation de défaillance, souvent des crises simulant des attaques de coliques néphrétiques, produites par le passage d'un caillot sanguin à travers l'uretère. Rarement il existe du catarrhe vésical, mais fréquemment de l'anémie due aux pertes de sang incessantes. A la longue, il peut survenir de la néphrite sans qu'on puisse dire par quel mécanisme le bilharzia pénètre dans le rein.

L'eau est très certainement le véhicule du parasite, et non pas les fruits, comme l'a dit Griesinger. Les gens de Durban, qui boivent de l'eau filtrée, en sont exempts; les indigènes de Natal, qui mangent les mêmes fruits, mais boivent de l'eau sale, en sont infestés.

Peut-être pénètre-t-il directement par la peau, lorsqu'elle présente des solutions de continuité? L'auteur a étudié ce qu'on appelle l'ulcère de Natal, et il l'a vu très commun chez les sujets qui ont l'hématurie; mais il ne croit pas à une relation de cause à effet entre ces ulcères et la présence du Bilharzia. Comme Cobbold, il croit à la possibilité de l'ingestion de petits mollusques suspects. Mais il croit surtout que le parasite se généralise lorsque les eaux sont souillées par les déjections humaines et les produits organiques des manufactures. Quelques faits assez intéressants de localités jadis salubres, aujourd'hui infestées depuis qu'on a installé des sucreries ou des magasins de café, sont cités par l'auteur à l'appui de cette influence étiologique. H. R.

VII. — L'auteur a trouvé chez un premier malade, dans les reins, des œufs et des embryons de distome; l'embryon était déjà sorti de la plupart des œufs, dont il ne restait que la membrane d'enveloppe; une coupe, faite au tiers supérieur de l'uretère, montra des œufs dans la muqueuse et les couches sous-muqueuses et musculaires.

Des pièces prises chez un autre malade prouvèrent l'existence des œufs du parasite dans l'épaisseur du foie, entre les cellules hépatiques et dans les vaisseaux capillaires de cet organe; on en retrouvait dans la vessie, l'S iliaque, les ganglions et la prostate. H. L.

VIII. — L'auteur assure avoir guéri en trois semaines, par l'administration de la térébenthine à l'intérieur, un cas d'hématurie d'Égypte qui datait de plusieurs années. Dès les premiers jours du traitement, le malade rendit avec son urine une grande quantité d'œufs morts et de débris d'embryon du Bilharzia hœmatobia. Au bout d'une quinzaine, l'hématurie cessa complètement, ainsi que le ténesme vésical et les envies fréquentes d'uriner, et, quand le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois, il semblait complètement guéri. Six semaines plus tard il n'y avait pas eu de récidive; les urines étaient normales en quantité et en qualité. Divers traitements essayés auparavant chez ce même malade et chez d'autres avaient complètemont échoué. H. BARTH.

I. — **Note sur un cas de ladrerie chez l'homme, par RATHERY** (*Soc. méd. hôp.*, 12 *octobre* 1882).

II. — **Note complémentaire, par SEVESTRE** (*Ibid.*, 10 *mars* 1882).

III. — **Revue sur la ladrerie de l'homme, par GUERMONPREZ** (*Lille*, 1883).

IV. — **Remarks on a case of cysticercus in the vitreous body, par Thomas SINCLAIR** (*Brit. med. journ.*, *p.* 7, *juillet* 1883).

V. — **Note sur un cysticerque du sein, par GUERMONPREZ** (*Lyon médical*, 16 *septembre* 1883).

VI. — **Subretinaler cysticercus cellulosæ und Neuritis Optica, par HOCK** (*Wiener med. Woch.*, *n°* 32, 1883).

VII. — **Sur la reproduction directe des tænias, par P. MÉGNIN** (*Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, *mai* 1883).

VIII. — **Observations de bothriocéphales, par TENNESON et DUGUET** (*Soc. méd. hôp.* 1883).

IX. — **Intorno ai Cestoïdi e massime al bothrio-cephalus latus raccolti in Varese, par PARONA** (*Giornale dell' Acad. di medic. di Torino*, *mars* 1882).

X. — **Beitrag zum Symptomen complex der Bandwurmkrankheit des Menschen, par MARX** (*Berl. klin. Wochensch. p.* 496, *août* 1882).

XI. — **Kyste hydatique du biceps huméral, par PICQUÉ** (*Gaz. méd. de Paris*, 24 *mars* 1883).

I. — Le malade de M. Rathery, atteint d'affection cardiaque, présentait une quinzaine de petites tumeurs sous-cutanées, indolentes, au niveau des pectoraux, des épaules, des lombes et sur les bras. L'ouverture d'une de ces tumeurs fit reconnaître un cysticerque avec sa tête munie de ventouses et de crochets. Le malade ne faisait pas usage habituellement de charcuterie, mais il avait mangé du porc de provenance américaine.

L'auteur insiste sur le petit nombre des cysticerques, leur localisation à la région sus-diaphragmatique et leur indolence parfaite.

II. — Ce malade étant venu mourir dans le service de M. Sevestre, avec des urines sanguinolentes et de l'asystolie, on constata à l'autopsie que tous les cysticerques étaient logés exclusivement dans les muscles, et aucun dans les viscères; l'hématurie était due à un infarctus rénal. Il existait de plus, dans l'intestin, un tænia armé, situé au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Ce fait s'ajoute à ceux signalés par Boyron (*Thèse*, 1876), Troisier et Duguet, qui ont signalé la coexistence du tænia et des cysticerques chez le même individu.

III. — Guermonprez, reprenant cette question, donne un historique très complet de la ladrerie de l'homme et montre que la coexistence du tænia solium adulte et des cysticerques est assez fréquente pour qu'on ne puisse voir là une simple coïncidence. Il en conclut que ce sont les œufs du tænia qui donnent lieu à des embryons et, ultérieurement, à des cysticerques sur le même sujet; en d'autres termes, il croit à l'auto-infection de la ladrerie par le tænia. Le parasite passe ainsi de la première à la seconde forme sans sortir du corps de son hôte.

IV. — Dans l'observation de Sinclair, le malade porteur d'un cysti-

cerque de l'œil avait également un tænia, lequel était probablement la source de l'infection ladrique :

Garçon de 10 ans atteint d'amblyopie de l'œil gauche. On trouve, à l'ophtalmoscope, des opacités spéciales du corps vitré, et deux larges infiltrations de la rétine près de la papille. Après avoir dilaté la pupille, on voyait des opacités formant une sorte de polygone régulier; le reste du corps vitré était sain. Cela fit soupçonner un cysticerque, d'autant plus que, quelques jours après, le malade rendit un fragment de tænia. Les jours suivants, il fut facile de reconnaître directement le cysticerque, qui prenait un rapide développement. Après avoir bien déterminé sa situation, on fit l'opération par une incision sur la conjonctive bulbaire, dans la région équatoriale, entre l'insertion du droit externe et du droit inférieur; le cysticerque, après l'incision des membranes de l'œil, fit hernie entre les lèvres de la plaie. L'enfant guérit rapidement. H. R.

V. — Une femme de 29 ans portait une tumeur fluctuante à la partie supéro-interne du sein gauche. Pendant une poussée inflammatoire, une ponction fut faite à l'aide du bistouri dans la partie centrale et donna issue à trois éléments divers : d'abord une sérosité louche, puis du pus, enfin un kyste. La malade guérit en un mois.

Le kyste était volumineux et déplaçait 6 centimètres cubes d'eau; il renfermait un scolex de tænia armé, avec sa couronne de crochets. Il n'est pas dit que la malade eût été atteinte du tænia. H. R.

VI. — Au contraire, dans le fait de Hock, il y avait coexistence d'un cysticerque de l'œil avec le tænia solium, et le malade avait, de plus, présenté des symptômes cérébraux imputables à des cysticerques intra-craniens. De petites tumeurs existaient sous la peau; c'était donc, probablement, un fait de ladrerie généralisée.

VII. — Le fait de la reproduction directe des tænias chez les mêmes individus est corroboré par de nouvelles recherches de M. Mégnin :

A l'autopsie d'un jeune chien, cet auteur a trouvé, dans l'intestin, à la fois de très grands tænias (*T. serrata*) et de jeunes tænias longs de quelques millimètres, dont la présence ne saurait s'expliquer autrement, vu les conditions particulières de l'observation, que par une reproduction directe au moyen d'œufs fournis par les grands tænias et éclos dans les intestins, c'est-à-dire sans l'intermédiaire d'une migration larvaire quelconque. D'après les constatations faites sur des proglottis rendus par un homme jeune, Mégnin pense que chez l'homme aussi ces proglottis, détachés du strobile, peuvent rester dans l'intestin et s'y vider de leurs œufs. Par l'éclosion de ceux-ci dans l'intestin, et la pénétration des embryons dans les tissus, s'explique le développement de la ladrerie chez l'homme, comme chez le chien. M. DUVAL.

VIII. — Dans le fait de Tenneson, le diagnostic du ver intestinal (bothriocéphale) put être posé par l'examen des selles, qui renfermaient un nombre incommensurable d'œufs elliptiques à double contour. La pelletiérine échoua, mais l'extrait éthéré de fougère mâle amena l'expulsion de trois bothriocéphales; dès le lendemain, les selles ne contenaient plus d'œufs. Le malade était un Génevois.

Le cas de Duguet est plus complexe. Il s'agissait d'une femme atteinte d'accidents hystériformes, avec tremblement, cardialgie et sensations de défaillance. Tous ces symptômes étaient liés à la présence d'un bothriocéphale, qui fut également expulsé au moyen de l'extrait de fougère mâle. Après le rejet du ver, tous les accidents cessèrent.

IX. — Parona rapporte quatre observations de bothriocéphales. Dans deux

cas, il y eut évacuation simultanée de trois individus complets. Dans un autre cas, il y avait simultanément un tænia solium.

X. — Relation d'un cas d'épilepsie survenue tardivement chez un adulte, lequel avait mangé du porc ladre. On s'aperçut qu'il rendait des cucurbitains de tænia, ainsi que deux de ses fils. Le traitement spécifique le débarrassa du ver, et en même temps de ses accès épileptiques. H. R.

XI. — Une femme âgée de 53 ans entre à l'hôpital pour une tumeur, dont le début remonte à une dizaine d'années, du volume d'une tête de fœtus à terme. Sans connexion avec l'humérus, elle est située dans l'épaisseur du biceps, dont la contraction l'immobilise et la durcit.

La tumeur contient un pus épais, jaunâtre, avec des membranules caractéristiques et des crochets.

A cause de l'adhérence intime au tissu musculaire, l'énucléation n'est pas possible et est remplacée par le grattage des parois. Lavage phéniqué; 12 points de suture; drainage; compression. Réunion primitive, sauf à l'angle supérieur. Légère suppuration pendant plusieurs jours.

20 jours après l'opération, cicatrisation complète. OZENNE.

I. — **Ueber das Sauerstoffbedürfniss der Darmparasiten (Sur le besoin d'oxygène des parasites intestinaux), par G. BUNGE** (*Zeitsch. f. phys. Chemie, Bd. VIII, p.* 48).

II. — **Ueber Vorkommen von Zooparasiten im Larynx, par Fr. MOSLER** (*Zeitsch. f. klin. Medic., Bd. VI, p.* 495).

III. — **Seltsame Wanderungen der Spulwürmer, par DRASCHE** (*Wien. med. Presse, n°* 41, 1882).

IV. — **Un ascaride dans la région rénale, par J. PIATNILZKI** (*Med. Obosrénié, n°* 17, 1884).

V. — **Ascarides sous la peau, par DOLGENKOFF** (*Rousskaia medizina, n°* 21, 1884).

VI. — **Tétanos, chorea minor et perforation des intestins sous l'influence des ascarides, par WICHNÉVSKI** (*Vratch, n°* 29, 1884).

VII. — **Beitrag zu den Wurmkrankheiten des Menschen, par WEIHE** (*Berlin kl. Woch., p.* 131, *février* 1883).

VIII. — **De l'aphasie helminthique, par E. LICHTENSTEIN** (*Berl. kl. Woch, n°* 23, *p.* 352, *juin* 1883).

IX. — **Zur Symptomatologie des Oxyurus Vermicularis, par DEININGER** (*Ibid., p.* 37, *janvier* 1883).

X. — **On dochmins duodenalis as a human parasite in India, par MAC CONNELL** (*The Lancet,* 22 *juillet* 1882).

XI. — **L'anémie des mineurs au point de vue pathogénique, par E. PERRONCITO** (*Arch. ital. de biolog., II, fasc.* 4, *u. III, fasc.* 1, 1883).

XII. — **Beiträge zur klinischen Geschichte der Anäemie der Gotthardtunnel arbeiter, par H. SAHLI** (*Deutsch. Arch. f. klin. med., Bd. XXXII, Heft* 5 *et* 6, *p.* 422, 1883).

XIII. — **Anchylostomum duodenale bei der Ziegelbrenneranämie in Deutschland, par H. MENCHE** (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VI, p.* 161, 1883).

XIV. — **Il timolo nella cura dell' anchilostomanemia, par GRAZIADEI** (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino, octobre-novembre* 1882).

XV. — Du rôle des anchylostomes dans la pathologie des mineurs, par FABRE, de Commentry (*Paris*, 1883).

XVI. — Observations sur le développement de l'anguillula stercoralis hors de l'organisme humain, par Ed. PERRONCITO (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., novembre* 1881).

XVII. — Note sur l'Anguillula intestinalis et l'A. Stercoralis, par C. GOLGI et A. MONTI (*Arch. ital. de biol., t. V, fasc. III, p.* 395, 1884).

XVIII. — L'anguillule stercorale et l'ankylostome duodénal au Brésil, par da LUZ DE VALENÇA (*Arch. de méd. navale, n°* 11, 1883).

XIX. — L'anguillule intestinale, par Hermann FOL (*Revue méd. de la Suisse romande, III*, 578, *octobre* 1883).

XX. — Dermite phlegmoneuse parasitaire, par ABBLART (*Arch. de méd. navale, n°* 12, 1883).

XXI. — Electrolysis in the treatment of dracunculus, par Al. FAULKNER (*Brit. med. journ., p.* 1280, *décembre* 1883).

XXII. — Dissection of a case of hœmatochyluria, par Stephen MACKENZIE (*Lancet*, 27 *mai* 1882).

XXIII. — Case of lymph scrotum associated with filariæ and other parasits, par MANSON (*Lancet*, 14 *octobre* 1882).

XXIV. — Epidemic of trichinosis near the sources of the Jordan, par WORTABET (*Lancet, août* 1883).

XXV. — Fall von œstrus hominis, par VOELKEL (*Berl. klin. Woch., p.* 209, *avril* 1883).

XXVI. — Un nouvel entozoaire, par TOSATTO (*Rev. clin. di Bologna, février* 1883).

XXVII. — Examen de la larve vivante d'un diptère du Brésil, par LABOULBÈNE (*Bull. Acad. méd., 2e série, t. XII, n°* 23, 1883).

I. — Bunge a fait connaître de curieuses expériences au sujet de la quantité d'oxygène nécessaire aux helminthes intestinaux :

L'*ascaris mystax* peut vivre dans un milieu privé d'oxygène aussi complètement que possible ; il y conserve encore après 4 ou 5 jours tous ses mouvements et sa vivacité. Quand l'arrivée de l'air n'est pas empêchée, ces animaux peuvent vivre 8, 10 et quelquefois 15 jours. Il n'est donc pas permis de conclure que ces animaux ne peuvent vivre que dans un milieu privé d'air, mais on doit en conclure qu'il leur suffit de trouver une quantité d'oxygène 16 fois plus petite que celle qui est nécessaire pour les lézards dans leur sommeil d'hiver. (Ceux-ci consument en 24 heures, pour 1 gramme de poids du corps, 0,41cc d'oxygène.)

Il est difficile d'admettre que les oxydations produites par une aussi faible quantité d'oxygène puissent suffire à entretenir la force vitale ; on est porté à supposer que la principale source de la force musculaire réside dans des phénomènes de dédoublement. Cette supposition est déjà la conséquence des expériences d'Hermann, qui a observé que dans des milieux privés d'oxygène les muscles dégagent de l'acide carbonique sans absorber d'oxygène.

Dans les expériences de Bunge, les vers vivaient dans des solutions privées d'oxygène par l'ébullition, ou par l'action de la pompe à mercure.

Les solutions contenaient 1 0/0 de sel marin et 1 0/0 de carbonate de soude. D'autres renfermaient des agents de réduction comme des sels ferreux. Dans quelques-unes les solutions étaient renfermées dans des vases fermés d'où l'oxygène avait été enlevé par des solutions alcalines d'acide pyrogallique. E. HARDY.

II.—Ir. Mosler rapporte quelques observations d'ascarides lombricoïdes ayant pénétré dans le larynx chez des sujets vivants, et rappelle les principales observations publiées jusqu'à ce jour. M. DEBOVE.

III. — Les faits de Drasche concernent des cas de pénétration d'ascarides dans les voies biliaires et dans la veine splénique.

La première observation peut ainsi se résumer :

Chez une femme de 26 ans, début brusque par un ictère avec douleurs hépatiques. Au bout de huit jours, symptômes d'angiocholite, état grave, abcès manifeste du foie : mort au bout de trois semaines. On trouve à l'autopsie, outre des abcès biliaires, un calcul du canal cholédoque et immédiatement au-dessus un lombric long de 15 centimètres et imprégné de bile. Ce parasite s'engage dans le canal cystique, qu'il oblitère complètement : la vésicule biliaire est vide. L'auteur admet que l'ascaride par sa présence a empêché la migration des calculs biliaires et peut-être provoqué leur formation.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 23 ans, souffrant depuis quinze jours de vives douleurs épigastriques, avec crises gastralgiques atroces, suivies de collapsus et de ballonnement du ventre. Ces accidents se répètent et se compliquent de symptômes de péritonite qui emportent le malade. On avait diagnostiqué un ulcère gastrique avec perforation. Or, voici les résultats de l'autopsie.

Péritonite péristomacale. La paroi postérieure de l'estomac adhère au pancréas et communique avec lui par deux fistules. La glande pancréatique est creusée de petits abcès qui s'ouvrent à la fois dans l'estomac et dans le duodénum. La veine splénique est obstruée sur une longueur de 3 centimètres par un thrombus jaunâtre. Dans le segment interne du même vaisseau se trouve un ascaride long de 18 centimètres, dont l'extrémité postérieure est encore fixée dans un abcès du pancréas et dans une des fistules duodénales. La migration du parasite s'est effectuée avant la mort, car on trouve derrière lui un thrombus fibrineux, mais les parois vasculaires sont saines, ce qui indique la brièveté du séjour de l'ascaride à leur contact.

IV. — Relation du fait d'un soldat qui présente des symptômes obscurs de périnéphrite, puis d'abcès iliaque. On lui incise un phlegmon au-dessus de la crête iliaque, et il en sort, mêlé à un pus sanieux, un ascaride de 20 centimètres. Trois semaines après, expulsion de deux lombrics par les selles. Guérison. H. R.

V. — Delgenkoff trouva trois ascarides dans un abcès de la région inguinale gauche chez un homme de 50 ans. Il pense qu'il existait une adhérence entre l'intestin et le péritoine; les ascarides purent pénétrer par un point ulcéré dans le tissu sous-péritonéal et de là sous la peau. W. HOLSTEIN.

VI. — Dans les observations de Wichnevski, des symptômes nerveux graves étaient provoqués par la présence des lombrics.

1° Garçon de 18 ans, atteint de trismus et de tétanos très accusés, résistant à des doses considérables d'hydrate de chloral et de bromure de potassium. Ayant remarqué que les convulsions toniques augmentaient quand le malade était à jeun, et que les pupilles, très dilatées, se rétrécissaient après chaque repas, l'auteur administra au malade trois doses de 0,18 de santonine et le jour suivant de l'huile de ricin; vingt-cinq ascarides furent expulsés et les symptômes tétaniques diminuèrent. Le cinquième jour; administration de la

santonine à la même dose. Le sixième jour, expulsion de six autres ascarides; le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

2° Jeune fille de 20 ans, atteinte de chorée. On constate la présence des œufs d'ascarides dans les selles. L'administration de la santonine est suivie de l'expulsion de dix et de six ascarides. Disparition complète des phénomènes choréiques.

3° Homme de 27 ans. Péritonite généralisée. Les selles contiennent un peu de sang. Mort le troisième jour après l'entrée à l'hôpital. Autopsie : sur le grand épiploon trois ascarides, dont l'un a perforé cet organe en deux endroits; par une ouverture sortait la tête, par l'autre l'extrémité caudale de l'helminthe. Les deux ascarides se trouvaient entièrement sur la surface antérieure de l'épiploon. On trouva quatre ascarides dans différents endroits de la cavité abdominale, onze ascarides dans les intestins et deux dans l'estomac. Il y avait dans les parois intestinales trois perforations complètes en forme de fente, avec des bords très légèrement tuméfiés; aucune ulcération dans leur voisinage. La muqueuse intestinale ne présentait pas de traces d'ulcérations catarrhales, folliculaires ou autres, ni aucun syptôme d'affection typhique, dysentérique ou tuberculeuse. W. HOLSTEIN.

VII. — Garçon de 4 ans. Dès l'âge de 4 mois, il a été sujet à de nombreux abcès de l'ombilic qui, après avoir suppuré quelque temps, sans réagir sur la santé générale, guérissaient facilement. Dès la première année, la mère a remarqué aussi que son enfant, élevé au biberon, avait de nombreux lombrics. Il n'était pas rare d'en trouver le matin dans son lit, encore vivants.

Weihe est appelé pour un de ces abcès du nombril qui s'ouvrit spontanément, donnant issue à une grande quantité de pus louable non fécaloïde. Administration de santonine.

Dès le lendemain, on trouva sous le pansement de l'ombilic neuf lombrics. Weihe assista même à l'issue de deux d'entre eux par l'ouverture ombilicale.

Aucun ne fut rendu par les garde-robes. (*R. S. M.*, XII, 640; XVII, 140; XIX, 283 et 320, et XXI, 183.)

VIII. — Des faits d'aphasie d'origine gastrique, on peut rapprocher ceux à la perte temporaire de la parole reliés à la présence d'entozoaires.

Entre autres cas de ce genre, Lichtenstein a observé un jeune garçon de 6 ans qui, après avoir parlé très couramment, commença subitement à bégayer, puis devint complètement aphasique. L'administration de la santonine provoqua l'issue de nombreux lombrics et le retour du langage normal.

Göze a signalé un exemple analogue chez un chien atteint de tænia et qui durant plusieurs mois n'aboyait plus du tout. L'expulsion de l'helminthe lui rendit la voix.

IX. — Le fait suivant est un exemple d'épilepsie réflexe causée par des oxyures.

Un petit garçon de 4 ans 1/2 avait depuis plusieurs semaines, tous les soirs, des attaques convulsives épileptiformes.

Deininger eut l'idée d'examiner l'anus du petit malade, où il aperçut au moins une cinquantaine d'oxyures.

Après les avoir enlevés, Deininger fit prendre un lavement froid. Aussitôt l'enfant récupéra sa connaissance.

Le lendemain un vermifuge amène l'expulsion de nombreux vers semblables, et depuis ce jour l'enfant n'a plus eu d'accès convulsifs. J. B.

X. — Dans une vingtaine d'autopsies faites au Medical College Hospital de Calcutta, l'auteur a rencontré ce parasite, qui n'avait pas encore été signalé aux Indes. La description qu'il en donne ajoute quelques particularités aux faits connus. La longueur de l'ankylostome femelle serait de 14 millimètres, celle du mâle de 11 millimètres environ; la largeur maximum atteint cinq dixièmes de millimètre chez la première et un peu

plus de trois dixièmes chez le second. La tête a la forme d'un cône arrondi nettement tronqué; la bouche est garnie de trois ou quatre dents irrégulières, dures et cornées; le pharynx s'ouvre dans un œsophage bulbeux dont la tunique musculaire, très développée, forme probablement un puissant appareil de succion. A l'œsophage succède un intestin simple et sans replis dont l'orifice anal s'ouvre près de la queue chez la femelle et à la face inférieure de la bourse caudale chez le mâle. Cette bourse atteint près d'un demi-millimètre dans son plus grand diamètre; les trabécules de chitine qu'elle supporte sont au nombre de dix ou douze, les uns simples, les autres fourchus; l'ensemble constitue évidemment un organe de préhension, dont la présence suffit, indépendamment des différences de taille, à distinguer nettement le mâle de la femelle.

Mac Connel n'a pu établir de rapport constant entre la présence des parasites et un état pathologique quelconque; l'anémie faisait défaut dans plus de moitié des cas. La plupart de ses malades ont succombé à la dysenterie, sans avoir éprouvé aucun malaise directement imputable à l'ankylostome. H. BARTH.

XI. — Perroncito rappelle ses travaux antérieurs sur l'anémie des mineurs et ajoute certains détails anatomiques sur l'ankylostome.

Les larves sont entourées d'un kyste comparable à celui de la trichine: mais tandis que ce dernier se forme aux dépens du tissu musculaire, les kystes des larves de l'ankylostome sont constitués par de la chitine provenant de la larve elle-même. Il rejette donc complètement l'opinion qui faisait de cette membrane d'enveloppe une sorte de mue, pouvant se répéter plusieurs fois pendant l'évolution de l'animal. C. GIRAUDEAU.

XII. — Il s'agit de deux nouveaux cas d'anémie des mineurs du Saint-Gothard. Chez les deux malades, l'anémie a débuté insensiblement, progressivement, sans cause antérieure appréciable. Il s'y est joint des vomissements, des troubles digestifs, de la diarrhée. Les selles ont été souvent liquides et noires, et peut-être par conséquent hémorragiques. Il y avait des signes de dilatation du cœur et des souffles anémiques manifestes. Il n'y a pas eu d'œdème bien marqué, seulement une légère tuméfaction de la face.

Chez l'un des deux malades, on a trouvé dans les selles *l'anguillula stercoralis*, chez tous deux le *tricocephalus dispar*.

Les œufs de l'ankylostome duodénal se rencontraient en grande abondance. On trouvait aussi les cristaux de Charcot.

Le traitement anthelmintique par l'extrait éthéré de fougère mâle produisit un excellent résultat dans les deux cas. A. MATHIEU.

XIII. — Menche rapporte une observation d'anémie chez un briquetier, anémie due à l'ankylostome duodénal. Le malade guérit sous l'influence des vermifuges, spécialement de l'extrait éthéré de fougère mâle.

M. DEBOVE.

XIV. — Frappé des inconvénients de l'administration des doses élevées d'extrait éthéré de fougère mâle, l'auteur a expérimenté le thymol comme anthelminthique dans l'ankylostomiase. On administre un purgatif pour débarrasser l'intestin des matières qui l'encombrent; l'effet obtenu, on donne le thymol à la dose de 12 grammes divisés en six paquets, à prendre toutes les deux heures dans du pain à chanter; après chaque prise on donne une ou deux cuillerées de vin généreux. Les effets ordinaires sont une sensation de brûlure à l'estomac avec soif vive (facilement calmée par de la glace), des bourdonnements d'oreilles, des sueurs,

quelquefois une sensation de chaleur à l'urètre pendant l'émission de l'urine; le malade présente bientôt les signes d'une légère ivresse, avec loquacité insolite, à laquelle succède un sommeil profond. De trois à douze heures après la dernière prise du médicament, il se déclare une diarrhée plus ou moins violente, dont les produits renferment, avec beaucoup de mucus et de morceaux d'acide thymique non dissous, une quantité plus ou moins grande d'ankylostomes. Si l'examen microscopique, pratiqué les jours suivants, ne fait plus découvrir d'œufs dans les selles, on peut considérer les parasites comme détruits et se borner à administrer des toniques. Dans le cas contraire, au bout de cinq jours on répète le traitement de la même manière, et on peut renouveler ainsi jusqu'à trois ou quatre fois sans inconvénient. Tous les malades, au nombre de 45, ainsi traités par l'auteur, ont guéri. H. BARTH.

XV. — A l'inverse des auteurs précédents, M. Fabre, de Commentry, ne croit pas à l'influence pathogénique prépondérante des ankylostomes sur l'anémie des mineurs. Il a constamment recherché le parasite chez les mineurs anémiques, sans réussir à l'observer. Il croit que dans l'épidémie du Saint-Gothard, beaucoup de circonstances adjuvantes, encombrement, mauvaise hygiène, eaux potables impures, ont contribué à faire pulluler l'ankylostome, qui n'a fait qu'aggraver des conditions d'anémie préexistantes. Il se refuse d'ailleurs à admettre que l'anémie des mineurs soit une maladie définie, toujours la même; c'est l'aboutissant de bien des états pathologiques différents. H. R.

XVI. — Ayant recueilli, dans un cas d'helminthiase par les anguillules et les ankylostomes, chez un sujet anémique revenu du Saint-Gothard, un grand nombre de larves de l'*anguillula stercoralis*, à différents degrés de développement, l'auteur a soumis ces larves à la culture artificielle à la température de 25 degrés centigrades ; il les a vu atteindre la période de vie adulte et se multiplier, c'est-à-dire que bientôt ces larves s'enferment dans leurs kystes, ou mieux dans leurs capsules constituées par une matière chitineuse produite par leur peau même. A cet état, elles développent leurs organes génitaux et deviennent vers parfaits. Alors la capsule, devenue friable, se brise sous les mouvements même de l'animal, qui sort avec son appareil sexuel mûr; on voit ensuite commencer les accouplements, puis l'évacuation des œufs à des degrés différents de segmentation, ou avec l'embryon déjà formé. Mais de quelque manière qu'on cultive la nouvelle génération, elle n'arrive plus à l'état de ver parfait hors du corps humain. Les larves rhabditiformes parcourent la première période de la vie à l'état libre; elles forment ensuite leur capsule et elles attendent de pouvoir arriver dans un terrain favorable pour prendre des formes parfaites; enfermées dans leurs capsules, très vivaces dans les eaux, elles constituent les éléments de la contagion et la pépinière du parasitime causé par l'*anguillula stercoralis* dans l'organisme humain. M. DUVAL.

XVII. — Les deux nématodes observés par Normand et Bavay, dans l'intestin et les selles des malades atteints de diarrhée de Cochinchine, sont considérés généralement comme la cause de cette maladie. Restait à savoir s'il s'agissait de deux vers distincts ou d'un seul ver arrivé à des périodes différentes de développement. Déjà Grassi et Leuckart avaient adopté la théorie uniciste, mais la preuve de cette hypothèse n'avait pas

encore été faite. Ayant eu l'occasion d'observer un malade atteint de diarrhée de Cochinchine et présentant dans ses selles un grand nombre d'*anguillula stercoralis*, MM. Golgi et Monti ont eu l'idée de rechercher à l'autopsie la nature des vers contenus dans l'intestin; tous répondaient à la description donnée de l'*anguillula intestinalis*. Ces derniers, ayant été mis en culture dans des selles à 22°, se sont transformés, au bout de trois jours, en *anguillula stercoralis* parfaits, ce qui démontre que l'anguillule stercorale n'est pas une espèce distincte, mais bien la forme libre de l'anguillule intestinale. C. GIRAUDEAU.

XVIII. — Pour da Luz, outre les diarrhées communes à tous les pays, il existe au Brésil une forme de cette maladie qui a la plus grande ressemblance avec la diarrhée dite de Cochinchine; cette forme de diarrhée, aussi bien que celle de la Cochinchine, est produite par le *Leptodera stercoralis* de Bavay. Z.

XIX. — Dans cette revue critique, l'auteur expose l'état de nos connaissances sur le nématode de la diarrhée de Cochinchine, en se servant surtout des récents travaux de Grassi et de Leuckart. (Voy. *R. S. M.*, XVII, 139.)

Sur le cadavre ou dans les selles un peu anciennes, l'anguillule intestinale se présente sous deux formes différentes. L'une est courte et trapue, c'est la *rhabditoïde;* l'autre, plus svelte et beaucoup plus allongée (2 millimètres), est la forme *strongyloïde*.

Les selles fraîches ne contiennent presque que l'état rhabditoïde, et encore ne sont-ce que des jeunes n'ayant pas encore d'organes génitaux. Le froid les fait périr, tandis qu'à la température de 26 à 28°, ils parviennent à la maturité sexuelle en 30 heures.

Les deux sexes se rencontrent simultanément. Les mâles atteignent 1 millimètre sur $0^m,04$, les femelles $1^m,4$ sur $0^m,075$.

Les trois dents coniques qui caractérisent les rhabditoïdes sont implantées dans l'œsophage et l'entrée de la bouche est marquée par quatre épaississements de la cuticule.

L'extrémité postérieure du corps reste mince et droite chez la femelle, tandis que chez le mâle elle se termine en un crochet conique.

Les jeunes commencent déjà au bout de 24 heures à percer les parois de l'utérus et à détruire les organes de leur mère. Au bout de 2 jours, on les trouve dans les matières fécales. Lorsqu'ils ont acquis un demi-millimètre de long, ils muent, perdent les caractères des rhabditis et prennent l'aspect de quelques filaires et strongles. L'extrémité postérieure est tronquée et ornée de deux papilles; l'œsophage ne porte plus de dents et s'allonge. Les organes génitaux sont encore rudimentaires.

Ces jeunes vers ne se développent pas au delà de ce point dans les matières fécales. Si l'on prolonge l'incubation plus de 8 jours, ils périssent nécessairement sans arriver à l'état adulte. Ils doivent donc changer de milieu ou pénétrer dans un hôte approprié pour arriver à la maturité sexuelle. L'intestin de l'homme vivant n'héberge que la génération strongylaire et les embryons de la génération rhabditiforme; cette dernière n'arrive à la période de reproduction que dans les matières évacuées.

Si l'on n'a rencontré jusqu'ici que les femelles de l'anguillule intestinale, c'est sans doute qu'il s'agit d'une génération hermaphrodite.

Grassi et Leuckart concluent tous deux que les anguillules stercorale

et intestinale ne sont que deux générations distinctes, appartenant au cycle de l'existence d'une seule espèce, pour laquelle Leuckart propose le nom de *Rhabdonema strongyloïdes*.

La génération rhabditiforme se trouve à l'état d'œufs de larves dans les matières fécales au moment de l'évacuation; elle arrive à l'état adulte dans ces matières fécales et s'y reproduit par la voie sexuelle. Les jeunes issus de cette génération ont une forme strongyloïde qui les rapproche de l'anguillule intestinale.

Ils doivent, selon toute probabilité, passer par une migration pour venir dans l'intestin se développer jusqu'à l'état adulte et se reproduire par hermaphrodisme. On a donc affaire à une génération alternante, analogue à celle du *Rhabditis nigrovenosa*. J. B.

XX. — Abblart rapporte l'histoire d'un malade atteint de filaire de Médine, en même temps que d'un état ichtyosique de la peau. Le parasite ne pouvant se faire jour au dehors, le pus s'était infiltré peu à peu sous l'épiderme, et avait fini par décoller la peau de tout le membre inférieur. Des incisions multiples permirent d'extraire plusieurs dragonneaux.

H. R.

XXI. — On sait que la filaire de Médine s'introduit et se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elle provoque des abcès. En pareil cas la tête du ver se montre par la fistule du phlegmon, mais l'extraction de l'helminthe est difficile, car les contractions de l'animal pendant cette opération entraînent sa rupture. L'auteur a eu l'idée de faire passer un courant électrique à travers l'animal, de façon à l'engourdir et à en permettre l'extraction. Le succès a répondu à son attente, et au bout de quelques décharges faradiques, rien n'est plus facile que de sortir le dragonneau tout d'une pièce. L'auteur rapporte l'observation d'un Hindou qui portait quatre de ces filaires sous la peau, et qui en fut radicalement débarrassé en une séance, alors que depuis près d'un an il avait essayé infructueusement plusieurs moyens de faire périr ces helminthes incommodes. H. R.

XXII. — Il y a quelques mois Stephen Mackenzie montrait à la société pathologique de Londres un individu atteint d'hématochylurie filarienne, et faisait voir en même temps des préparations microscopiques de moustiques gorgés de sang filarié, provenant de Chine et d'Australie. (Voy. *R. S. M.*, XXI, p. 185.)

Ce malade fut pris, en octobre 1881, d'un frisson qui devint le prélude d'une pleurésie purulente, à laquelle il succomba au bout de trois mois. Dès le début de la fièvre, le nombre des filaires de sang diminua : bientôt, on n'en retrouva plus ni dans le sang ni dans l'urine. Celle-ci resta sanguinolente, mais cessa d'être chyleuse. Deux abcès, ultérieurement ouverts pendant cette période, ne contenaient aucune trace de filaire.

A l'autopsie, on trouva les lymphatiques de l'abdomen énormément dilatés, ainsi que le canal thoracique : l'ectasie de ce conduit s'élevait jusqu'à trois ou quatre pouces au-dessus de l'arcade diaphragmatique, à ce niveau il devenait imperméable et se perdait dans une masse inflammatoire assez volumineuse. Les lymphatiques iliaques, lombaires et rénaux, surtout du côté gauche, étaient fortement élargis; dans leurs sinus on rencontrait de nombreux calculs; mais il fut impossible d'y découvrir des filaires, non plus que dans les autres organes examinés.

Mackenzie pense que les filaires mères, primitivement logées dans la citerne de Pecquet et les gros troncs lymphatiques adjacents, sont allées s'emboliser dans le canal thoracique, non loin de son embouchure, et ont déterminé un travail inflammatoire qui a donné lieu, par voisinage, à la double pleurésie et aux abcès signalés plus haut. Il a malheureusement été impossible de reconnaître le moindre débris de filaire dans le canal thoracique oblitéré, ce qui n'a rien de bien surprenant, eu égard aux mois écoulés depuis le début des accidents. H. BARTH.

XXIII. — Un Chinois âgé de 34 ans vint consulter l'auteur pour une hypertrophie éléphantiasique du scrotum, qui depuis six ans était le siège d'un écoulement de lymphe d'abondance variable. Lorsque l'auteur l'examina, la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, offrait l'aspect ordinaire d'un éléphantiasis nœvoïde; des lymphatiques variqueux et dilatés faisaient saillie en différents points sous forme de vésicules très fragiles, et l'un d'eux, qui avait été rompu, laissait suinter en abondance un liquide d'un blanc laiteux, éminemment coagulable; il existait une tuméfaction volumineuse avec varicosités des ganglions inguinaux. L'homme n'avait jamais présenté d'hématochylurie.— D'après l'aspect clinique du cas, Manson diagnostiqua un éléphantiasis parasitaire, et, en effet, le liquide de l'écoulement, examiné au microscope, contenait de nombreux embryons de filaire; le sang examiné pendant la nuit en renfermait également. Comme l'écoulement lymphatique s'élevait à plusieurs livres par jour et menaçait d'épuiser promptement le malade, l'opération dut être faite immédiatement. Elle fut très laborieuse ; néanmoins les premières suites s'étaient passées régulièrement lorsque le malade mourut de dysenterie le 18e jour.

A l'autopsie on trouva, indépendamment des filaires, une autre espèce de parasite occupant le tissu sous-péritonéal; c'étaient des vers aplatis, longs de 25 à 30 centimètres, larges de 3 à 4 millimètres d'un blanc mat, terminés par des extrémités arrondies. Une douzaine de ces vers occupaient le fascia sous-péritonéal, les uns pelotonnés, les autres allongés; un autre occupait la cavité pleurale droite; ils paraissaient animés de faibles mouvements. La muqueuse intestinale était toute couverte d'ulcérations; l'œsophage en présentait également plusieurs, dont l'une communiquait avec la bronche gauche; sa surface interne offrait de nombreux orifices,communiquant avec des galeries creusées sous la muqueuse par un processus analogue à celui que Manson a décrit chez les chiens atteints de filaria immitis. Quant aux ganglions lymphatiques inguinaux, ils étaient volumineux et dilatés, et le suc qui s'en échappait par la pression renfermait des filaires en abondance.

Cobbold, qui a examiné les gros vers décrits plus haut, les a reconnus pour appartenir au genre *Ligula*, dont on ne connaissait jusqu'ici aucune espèce appartenant à l'homme. Il propose d'appeler ce nouveau parasite *Ligula Mansoni*. H. BARTH.

XXIV. — Il s'agit, comme dans une autre observation précédemment publiée par le même auteur (voyez *R. S. M.*, XXI, 174), d'une épidémie de trichinose déterminée par la viande d'un sanglier. La bête avait été tuée près d'Ain-Kiniah, dans les marais du Jourdain, et partagée entre quatre villages. Les quarante ou cinquante personnes qui mangèrent de cette viande (toujours consommée crue ou à peine cuite) furent toutes prises, entre le 15e et le 20e jour, des symptômes de la trichinose : douleurs musculaires, œdème et fièvre; toutes finirent par guérir. H. B.

XXV. — Un jeune campagnard âgé de 13 ans se plaignait depuis quelques jours de raideur du cou, avec douleurs par instants, soit à ce niveau, soit dans la moitié correspondante de la tête.

Quatre jours plus tard, la peau rougit en 3 endroits : 1° au côté droit du

cou, à mi-distance entre l'angle maxillaire et la clavicule; 2° à la joue, à 2 travers de doigt au-dessous de l'œil droit; 3° du côté droit du sinciput. Puis il se fit une petite ouverture par laquelle sortirent quelques gouttes du liquide aqueux. En même temps on aperçoit à l'orifice l'extrémité d'un « ver » qu'on fait sortir par pression et qui vécut encore un certain temps.

Il s'agissait de larves cylindriques d'un blanc sale, d'un centimètre et demi de long sur deux millimètres de diamètre. Celle de la joue avait apparu la première, suivie le lendemain par celles du cou et du crâne. Tous les troubles morbides avaient cessé immédiatement. Quinze jours après, il ne subsistait que de petites cicatrices blanches, arrondies, à peine grosses comme des têtes d'épingle, et sans induration au pourtour.

Le père et le frère croyaient bien avoir affaire à des œstrides, mais comme le cas était d'autant plus exceptionnel que le développement de ces larves s'était effectué sur des téguments complètement intacts, Voelkel consulta les entomologistes compétents.

Leuckart et Brauer n'hésitèrent pas à déclarer qu'il s'agissait de larves d'un œstride, vraisemblablement de l'*hypoderma Diana* qu'on rencontre chez le chevreuil. (*R. S. M.*, XVII, 161; XXI, 188.) J. B.

XXVI. — L'auteur a trouvé dans les selles d'un homme âgé de 37 ans une larve longue d'un centimètre, qu'il décrit et figure, et que le professeur Perroncito croit appartenir à une espèce inconnue de diptère. E. BALZER.

XXVII. — Il s'agit d'une larve observée par M. Hardy chez une femme arrivée récemment du Brésil. Cette larve était sortie, par la pression des doigts, d'une tumeur cutanée d'apparence furonculeuse. M. Laboulbène, à qui elle fut immédiatement présentée, reconnut la larve de la *cuterebra noxialis* de J. Goudat, faisant actuellement partie du genre *Dermatobia* de Brauer.

Cette larve a le corps allongé, renflé en avant, terminé en pointe en arrière. Sa couleur est d'un blanc à peine jaunâtre. Le bord supérieur et le bord inférieur des anneaux sur la moitié antérieure du corps portent seuls des rangées d'épines noirâtres.

Tout en se rendant compte de la difficulté de l'entreprise dans notre climat, M. Laboulbène essaya d'obtenir la transformation de cette larve en insecte ailé, en la plaçant dans une serre chaude. Malheureusement il ne put réussir, et elle succomba au bout de quelques jours.

GASTON DECAISNE.

I. — Traité théorique et pratique de la goutte, par LECORCHÉ (*Paris*, 1884).

II.— Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce DUCKWORTH (Traduction française par Sordes (*Paris*, 1884).

III. — Article goutte, par H. RENDU (*Dict. encyclop. des Sc. médic.*).

IV. — Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par TARTENSON (*In*-8°, *Paris*, 1884).

I. — Notre littérature médicale sur la goutte vient de s'enrichir de deux livres également intéressants à lire et à comparer, d'autant que leur donnée générale et leurs conclusions diffèrent très notablement.

Le livre de M. Lecorché est une monographie complète et méthodique de la goutte. La théorie chimique de l'uricémie en forme la base, comme on le voit dès le premier chapitre consacré à l'étude de l'acide urique dans l'économie. D'après l'auteur, ce produit ne constitue pas une sub-

stance intermédiaire dans la désassimilation des matières azotées; il n'est pas destiné à subir une combustion plus avancée, et ne saurait être considéré comme passant à l'état d'urée. La formation de l'acide urique augmente surtout sous l'influence des affections hépatiques, et le foie semble en être le siège principal sinon unique.

L'excès de l'acide urique dans les urines est la véritable caractéristique de la diathèse goutteuse. Cet excès se constate aussi bien dans la période qui précède les manifestations goutteuses, que dans le cours des localisations articulaires ou viscérales. Au début de l'accès de goutte, l'élimination urique diminue, puis elle se relève et s'exagère au fort même de l'attaque et non à sa terminaison comme le croyait Garrod. Ce n'est que dans la période cachectique de la goutte chronique que la proportion de l'acide urique dans les urines paraît baisser.

Que l'urate de soude contenu dans le sang du goutteux ne trouve plus une élimination suffisante par les urines, ou que l'alcalescence du sang diminue, il se formera du brurate de soude, peu apte à l'exosmose rénale, et une attaque de goutte éclatera. C'est, inversement, à la transformation de l'acide biurique en acide urique qu'est due la cessation de l'attaque.

Quant à la nature intime, à la pathogénie de la maladie, M. Lecorché considère la goutte comme caractérisée par une hypernutrition, par une augmentation exagérée des échanges moléculaires. Il en cite comme principales preuves, l'élimination excessive, même avant l'attaque, de l'urée, et l'augmentation constante des bases urinaires, potasse, soude, chaux, magnésie.

Voilà, résumée en quelques mots, la partie doctrinale du livre. Nous ne pouvons que signaler les chapitres très intéressants consacrés à la goutte articulaire et viscérale, à ses différents types cliniques, aux maladies associées, telles que rhumatisme, saturnisme, diabète, tuberculose, etc., enfin à l'étiologie et au traitement.

Dans ce dernier chapitre de thérapeutique, l'auteur pose en principe que l'intervention médicale est commandée aussi bien contre l'attaque de goutte que contre la diathèse goutteuse, et préconise l'emploi du colchique et du salicylate de soude. Notons enfin une étude très instructive sur les nombreuses eaux minérales employées dans le traitement de la goutte.

Des observations personnelles, au nombre de 148, sont intercalées dans le texte et attestent les longues et patientes recherches qui ont servi de base à cette très importante monographie.

II. — Tout autre est le travail de Dyce-Duckworth, et tout différent le but qu'il se propose. Il ne s'agit plus ici d'un ouvrage complet et ex professo, mais bien d'un ingénieux et très habile plaidoyer en faveur de la *théorie nerveuse* de la goutte. Celle-ci, dit l'auteur, est une véritable trophonévrose. L'excès de l'acide urique dans le sang est constant, mais ce trouble chimique n'est pas primitif; il faut faire intervenir comme cause première un trouble du système nerveux ; c'était déjà la théorie de Stahl, de Cullen, et plus récemment de Laycock. La goutte apparaît alors comme une diathèse nerveuse primitive ou acquise.

L'auteur apporte à l'appui de sa théorie une série d'arguments plus curieux et analogiques que démonstratifs, et en arrive à admettre l'exis-

tence dans la moelle allongée d'un centre trophique des articulations, qui, par son mode d'action irrégulier, deviendrait le point de départ de la goutte.

Une préface éloquente, écrite avec une grande élévation de pensée et due au professeur Ball, est loin de constituer la moindre attraction de cet opuscule ingénieux.

III. — L'article *Goutte* du *Dictionnaire encyclopédique* constitue une véritable monographie. La doctrine admise par l'auteur est très différente de celle défendue par Garrod et Lecorché. Pour lui, l'uricémie n'est qu'un accident de la goutte et ne saurait servir de caractéristique exclusive. La plupart des goutteux se rattachent, par leur filiation originelle, à l'arthritisme, et présentent des lésions viscérales multiples qui évoluent suivant deux tendances différentes, d'une part la production de scléroses; d'autre part la dégénérescence graisseuse. Même dans l'ouvrage de Garrod, nombre de cas sont signalés où les dépôts uratiques étaient insignifiants, comparés à ces lésions viscérales d'artériosclérose que l'on rejette, à tort, au second plan. L'article de M. Rendu, fait surtout au point de vue clinique, à l'aide de matériaux recueillis dans la pratique de la médecine civile, met en relief les affinités morbides de l'arthritisme et de la goutte, et montre que les accidents viscéraux de la diathèse sont beaucoup plus communs en France qu'on ne le suppose.

A. CHAUFFARD.

Un cas de goutte chronique anormale (tophus de la peau), par DUTIL (*Gaz. méd. de Paris, n°* 33, 16 *août* 1884).

Femme de 63 ans. Suppression de la menstruation à l'âge de 27 ans. Pendant les treize années qui suivent, quelques signes de congestion, et chaque mois sueurs profuses. A 43 ans, apparition, sans phénomènes prémonitoires, à la base du pouce gauche, sur la face palmaire et au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, d'une tumeur molle, rouge et douloureuse. Quelques semaines après, autre tumeur sur la pulpe de l'index : l'une et l'autre se perforent et donnent issue à une matière blanche, crayeuse. Chaque année plusieurs poussées de semblables tumeurs.

Actuellement, sur les deux mains, du côté palmaire seulement, et au niveau des doigts, nombreuses concrétions mobiles, développées dans l'épaisseur de la peau, sans rapport avec les interlignes articulaires, ni avec les tendons, peu douloureuses, mais gênant par leur nombre et leur dureté. Deux autres tophus sur l'avant-bras droit et la jambe gauche.

Dans la paume des mains, petites macules rouges, arrondies, disparaissant à la pression; ce sont des taches congestives.

Dans les antécédents personnels, aucune manifestation arthritique; dans les antécédents héréditaires, père atteint aux deux mains d'une maladie de peau qui suintait beaucoup et s'accompagnait d'une vive démangeaison.

L'auteur attire l'attention sur les rapports de ces divers accidents. Après la suppression de la menstruation, sueurs profuses; après la ménopause, apparition des concrétions tophacées. Pas de généralisation de la diathèse; la peau seule est goutteuse. Ce cas rentre dans la catégorie de ceux que Trousseau a décrits sous le nom de gravelle de la peau.

OZENNE.

Sull'ossaluria, par de RENZI et PENTA (*Rivista clin. e terapeut., mars* 1884).

La diathèse oxalique est une affection constitutionnelle très fréquente, qui est souvent méconnue. Elle est caractérisée par la présence de nombreux cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine. L'acide oxalique provient du sang (oxalhémie). La vraie oxalurie se distingue facilement de celle qui est médicamenteuse ou alimentaire, et qui dépend de l'ingestion de substances riches en acide oxalique ; elle se distingue aussi de l'oxalurie par fermentation urinaire qui apparaît surtout dans les urines contenant du mucus, du sperme, etc.

La diathèse oxalique consiste, comme la diathèse urique, à laquelle elle est unie d'ordinaire, dans une altération des échanges organiques. L'oxalate de chaux dans la vraie oxalurie provient uniquement des aliments amylacés et sucrés.

Les symptômes les plus fréquents de l'oxalhémie et de l'oxalurie sont: douleurs obtuses ou intenses dans la région lombaire, amaigrissement marqué, pâleur générale de la peau et des muqueuses, affaiblissement musculaire et dépression psychique. Les troubles gastro-entériques sont fréquents et dépendent probablement de l'abus des farineux.

L'oxalurie disparaît facilement avec l'alimentation animale, mais le vice constitutionnel n'est pas guéri, car l'acide oxalique reparaît souvent lorsqu'on revient à une alimentation végétale. On obtient des effets curatifs plus efficaces et plus persistants par l'emploi des carbonates alcalins, de la gymnastique et de l'air comprimé.

Quand on a réussi à faire disparaître les cristaux d'oxalate de chaux dans les urines, on peut amener la disparition de ceux d'acide urique en administrant l'acide benzoïque. BAZILE FÉRIS.

A propos d'un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par A. RODET (*Lyon méd., 4 mai* 1884).

L'auteur a reconnu, par des examens répétés du sang à diverses températures, que la décoloration des globules ne devait pas être attribuée au froid, mais bien à la compression entre les lames de verre de la préparation. Il compare deux préparations de sang à la température ambiante; l'une, mince, a les globules comprimés, dissociés; l'autre, épaisse, n'offre aucune modification. Qu'on observe du sang d'hémoglobinurique ou du sang de sujet en parfaite santé, le phénomène est identique. M. Rodet se demande s'il ne se produirait pas, dans l'hémoglobinurie, sous l'influence du froid, un resserrement extrême des petits vaisseaux, amenant consécutivement la déformation, la dissociation des globules et la dissolution de l'hémoglobine. Le froid ne serait que la cause primordiale agissant par l'intermédiaire du système vaso-moteur, et l'hémoglobinurie mériterait bien le nom de nerveuse. A. CARTAZ.

Weitere Beobachtungen über Acetonurie (Nouvelles observations sur l'acétonurie), par Rudolf von JAKSCH (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd. VIII, p.* 115, 1884).

Le mémoire de Jaksch a surtout été fait pour répondre aux objections

qui ont été faites aux travaux de l'auteur, par Le Nobel et par Penzoldt.

L'auteur passe en revue les différents réactifs connus de l'acétone et montre que la préférence doit être donnée à la réaction de Lieben; elle permet dans l'eau de reconnaître un centième de milligramme d'acétone. Elle est basée sur ce fait, que les liquides acétonisés donnent avec l'iode ou l'iodure de potassium additionnés d'une solution de soude ou de potasse un dépôt cristallin d'iodoforme.

En dehors de l'acétonurie des fumeurs, Jaksch signale encore l'acétonémie des mêmes malades et la présence de l'acétone dans le contenu stomacal, et cela dans des états pathologiques fort divers. (Voy. *R. S. M.*, XXII, 51). M. DEBOVE.

Préparation et emploi de l'électuaire vaccinal de l'institut municipal de vaccination, par Ernest CHAMBARD (*Lyon méd.*, 24 *février* 1884).

L'électuaire vaccinal, qui sert à Lyon pour toutes les vaccinations du service municipal, consiste en un mélange intime de toutes les parties actives de la pustule vaccinale du veau ou de la génisse avec une mixture aqueuse de glycérine. Voici le mode de préparation, tel que le décrit l'auteur.

Soit un veau portant sur le flanc 150 à 200 pustules au 5e jour de l'inoculation. Le placard est soigneusement lavé avec de l'eau alcoolisée tiède, puis l'on procède immédiatement à la cueillette du vaccin. A cet effet, la pustule étant saisie à sa base par une pince à pression, on enlève d'un coup de lancette la croûte, qui est mise à part dans un verre de montre ; on en absorbe le contenu liquide au moyen d'un aspirateur et l'on en racle le fond.

Les croûtes, préalablement lavées dans l'eau glycérinée, sont d'abord broyées dans un mortier de verre avec un peu de sucre, dont le rôle est de les diviser mécaniquement en très fines particules. A la poudre humide ainsi obtenue, on ajoute la pulpe due au curage des pustules, le caillot qui s'est séparé du sérum et une pincée de gomme adragante, de manière à faire un mucilage épais. Il ne reste plus, pour amener ce mucilage à la consistance convenable et en assurer la conservation, qu'à lui ajouter goutte à goutte et en continuant la trituration, un mélange à parties égales d'eau distillée et de glycérine neutre.

Ce vaccin est un peu moins actif que le vaccin pur ; on en augmente la dose inoculée, et, pour assurer une pénétration suffisante, M. Chambard emploie la méthode des scarifications. Voici les résultats obtenus par les vaccinations d'un seul mois (janvier 1884).

Vaccinations. Résultats positifs, 96 0/0.
Revaccinations. — 50 0/0. A. CARTAZ.

I. — De l'examen microscopique du vaccin, par C. QUIST (*Finska läkares. Handlinger*, *XXV*, *n*° 5).

II. — De la culture artificielle du vaccin, par M. C. QUIST (*Gaz. hebdom.*, *n*° 6, 1884).

I. — M. Quist a préparé un liquide-vaccin en faisant macérer dans un

mélange d'eau et de glycérine des pustules vaccinales fraichement excisées; comme cette excision ne peut être pratiquée facilement et sans danger sur l'homme, l'auteur a essayé la macération des croûtes sèches formées par les pustules à la fin de leur évolution. Il a obtenu de la sorte un vaccin efficace. Les pustules produites par l'inoculation de ce produit ne différaient en aucune manière de celles qui résultaient de la vaccination de bras à bras; la nature du vaccin était confirmée par ce fait que le contenu séreux de ces pustules pouvait reproduire un vaccin parfait.

Dans un nouveau travail, M. Quist étudie les micro-organismes du vaccin. Il dilue le vaccin dans la glycérine, étend une goutte sur la plaque, l'immerge dans l'alcool absolu, et colore la préparation au violet de gentiane. La décoloration est ensuite obtenue par l'alcool absolu, l'acide picrique; toutes les parties se décolorent, à l'exception des microbes.

M. Quist les décrit sous deux formes : de bacilles et de micrococcus. Ces éléments constituent des groupes très caractéristiques et on trouve des formes de transition. En outre, on reconnaît d'autres éléments également sous forme de bacilles et de micrococcus beaucoup plus grands et fortement colorés. En examinant des préparations de vaccin aux diverses phases de l'évolution, on trouve que les éléments du second ordre vont toujours en croissant, se développant bien dans le liquide vaccinal.

A. C.

II. — L'auteur a cultivé avec succès les micro-organismes du vaccin dans le but de reproduire et de multiplier le principe actif de ce virus. Pour pouvoir reproduire les bactéries du vaccin en dehors du corps animal, deux conditions sont nécessaires : le libre accès de l'oxygène ou de l'air atmosphérique et un liquide nourricier approprié. Le microbe du vaccin est en effet aérobie, et contrairement à l'opinion courante, le virus perdant plus rapidement sa vitalité et son activité dans des tubes capillaires complètement remplis et bien fermés des deux bouts, que dans des tubes d'un diamètre un peu plus grand et non hermétiquement bouchés. Les liquides nourriciers employés par l'auteur sont des solutions albumineuses (serum sanguin, blanc d'œuf à l'état fluide), additionnées de glycérine et d'un sel alcalin. La stérilisation des solutions nourricières était obtenue en les chauffant et les maintenant pendant une demi-heure, trois jours de suite, à une température de 60 degrés centigrades.

Pour procéder à la culture, on place dans la solution nourricière un fragment d'éponge stérilisée, imbibée d'une petite goutte de vaccin. Il vaut mieux encore se servir de semence à l'état solide, c'est-à-dire d'un fragment d'épiderme pris du 3e au 10e jour au niveau de la pustule vaccinale. Ce fragment d'épiderme est lavé à l'eau, puis déposé dans le verre destiné à la culture. Ce procédé exclut pour le virus la possibilité de se répandre à la surface ou dans la masse du liquide nourricier. Il est facile de suivre le développement du vaccin, surtout pour les cultures dans des verres de montre. Déjà, au bout de quelques jours, toute la surface du liquide se montre active à l'inoculation. Après 8 à 10 jours, on peut voir à l'éclairage oblique la surface du liquide couverte de fines écailles; puis, un peu plus tard, se forme au-dessous d'elles une poussière grise, très fine, qui forme peu à peu un dépôt au fond du verre. Mais le liquide est actif, bien avant ces changements à l'œil nu. Examiné au microscope, ce liquide, soit parfaitement clair, soit déjà trouble, ne

présente que des micrococcus de la plus petite dimension. Les écailles et la poussière sont constituées par des essaims de ces micrococcus. Ce travail se termine par le récit des expériences de culture et d'inoculation. L'activité du vaccin artificiellement produit en ressort nettement, et il n'est pas inutile d'ajouter que ce vaccin artificiel se conserve aussi bien que le vaccin ordinaire. Mais, comme le fait judicieusement observer l'auteur, ce ne sera qu'à la prochaine épidémie de variole qu'on aura la preuve certaine de l'immunité conférée par les inoculations faites avec le vaccin artificiel. P. MERMLEN.

GYNÉCOLOGIE.

Traité de gynécologie opératoire, par HEGAR et KALTENBACH, Traduit par BAR (*Paris*, 1884).

La pratique des gynécologues allemands et américains est très différente de celle des gynécologues français. Ceux-là sont plus hardis et tentent un grand nombre d'opérations qui ne sont pas encore vulgarisées dans notre pays. L'ouvrage traduit par M. Bar a donc le mérite de nous initier à des méthodes qui nous paraîtront nouvelles, il éveillera une légitime curiosité ; il sera d'ailleurs très instructif, quelles que soient finalement les conclusions qui resteront définitivement acquises. Il est divisé en vingt-cinq chapitres, il est précédé d'une préface et de la critique autorisée de M. Tarnier. Ces chapitres ont trait : 1° au diagnostic en gynécologie ; 2° à l'examen clinique sans instruments ; 3° à l'examen pratiqué avec des instruments, où est étudié en particulier le cathétérisme utérin ; 4° aux opérations en gynécologie : petite chirurgie, opérations élémentaires où on trouvera les opinions des auteurs au sujet des pessaires, de la fécondation artificielle, du traitement intra-utérin, etc. ; 5°,6° et 7° aux opérations sur les ovaires ; un chapitre entier est consacré à la castration dont la priorité est revendiquée par Hegar ; 8° à l'extirpation totale de l'utérus ; 9° à l'extirpation partielle de l'utérus par la voie abdominale ; 10° à l'extirpation partielle de l'utérus par le vagin ; 11° à l'énucléation des tumeurs utérines interstitielles et sous-muqueuses présentant une large surface d'insertion ; 12° à l'extirpation des polypes ; 13° au raclage des tumeurs et proliférations étalées sur la surface interne de la matrice ; 14° au traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus enclavées dans le petit bassin ; 15° à l'inversion utérine ; 16° à la dilatation sanglante du col utérin ; 17° aux opérations sur les ligaments larges ; 18° aux opérations sur les ligaments ronds ; 19° aux opérations sur le vagin ; 20° aux opérations sur les fistules urinaires ; 21° aux opérations destinées à guérir le prolapsus de l'utérus et du vagin ; 22° aux opérations des kystes et des tumeurs du vagin ; 23°, 24° et 25° aux opérations sur la vulve et sur le périnée.

On voit que le plan parcouru par les auteurs est très étendu. La longue pratique du professeur Hegar en particulier lui donne une autorité toute particulière pour justifier des opinions fondées sur l'observation d'opérations qu'il a exécutées souvent avec succès. La bibliographie n'est pas négligée dans cet ouvrage, et des index à chaque chapitre permettent de consulter les travaux à leurs meilleures sources. L'historique y est traité complètement, et la part qui revient aux opérateurs français y est affirmée.

Les auteurs recommandent très particulièrement l'emploi le plus minutieux de toutes les précautions antiseptiques qui s'imposent tous les jours davantage à la pratique chirurgicale. Ils ne sont cependant pas convaincus de l'utilité du spray ; ils ne l'emploient pas. Ils le remplacent dans leurs opérations par l'irrigation continuelle de la surface cruentée par une solution faible au 1/5,000 de sublimé corrosif. Cette méthode est, en effet, supérieure aux vaporisations de solutions phéniquées. Beaucoup des opérations décrites sont incontestablement utiles, et on lira avec intérêt les procédés préférés par les auteurs. Il en est d'autres dont l'opportunité est plus discutable, telles que l'ablation de l'utérus en totalité (opération de Freund), l'ablation des ovaires ou ovariotomie normale (opération de Battey), certaines colporraphies pour de simples procidences de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, l'élytrorraphie (opération d'Emmet), etc. Les résultats obtenus ne paraissent pas souvent être compensés par les risques courus. L'ouvrage comprend plus de 600 pages en grand in-8°, d'un texte serré, d'une rédaction concise. De nombreuses figures facilitent l'intelligence du texte. PORAK.

Traité des déviations utérines, par SCHULTZE, Traduit par HERGOTT (*In-8°, Paris*, 1884).

M. Schultze, l'un des accoucheurs qui ont le plus contribué au progrès de l'obstétrique en Allemagne, a publié un traité des déviations utérines, dont la plupart des aperçus sont depuis longtemps devenus classiques en Allemagne. Ce livre comprend près de 500 pages; il est illustré de 120 figures; il a été traduit avec beaucoup de soin par M. Hergott, de Nancy. Il est appelé à rendre des services non seulement aux gynécologues, mais encore aux praticiens. Il est divisé en deux parties : pathologie générale, et pathologie spéciale.

La pathologie générale comprend plusieurs chapitres : 1° situation normale de l'utérus; 2° définition des déviations, division et statistique; 3° symptômes et diagnostic des déviations; 4° anatomie, étiologie, indications.

C'est avec raison que l'auteur s'est efforcé de fixer avec autant de précision que possible, et à l'aide d'une investigation approfondie et ne laissant échapper aucun détail, la situation de l'utérus. Il admet que l'antéversion normale de l'utérus est très prononcée, plus prononcée peut-être qu'on n'est disposé à l'admettre en France. D'ailleurs, ce qui caractérise la situation normale de l'utérus, c'est qu'elle n'a rien de fixe. Une antéversion ne paraissant pas exagérée, mais fixe, est certainement pathologique et souvent produite par un processus inflammatoire. L'étude des moyens de fixation de l'utérus est très soignée, et on conçoit, en effet, les déduc-

tions que l'auteur va en tirer au point de vue du mode de développement des déviations utérines. Les schémas représentés dans ce chapitre rendent un compte net des opinions exprimées dans le cours de l'ouvrage.

L'antéversion et l'antéflexion sont plus communes que la rétroversion et la rétroflexion. Ces déviations peuvent être distinguées en aiguës, résultant d'une chute, d'un traumatisme, du développement d'une tumeur du petit bassin; les déviations chroniques plus fréquentes reconnaissent une étiologie beaucoup plus complexe. Au point de vue thérapeutique, il y a donc lieu de distinguer si les fixations anormales de l'utérus sont dues à un processus inflammatoire, à des adhérences anormales, au raccourcissement des ligaments, où si elles sont dues à des fixations anormales consécutives dues au relâchement des ligaments. Dans cette pathogénie, les modifications présentées par les moyens de fixation de l'utérus jouent donc le plus grand rôle.

La symptomatologie de ces affections est l'objet d'une description attentive de l'auteur; il passe en revue la dysurie, la constipation, les douleurs, les phénomènes inflammatoires à répétition, les troubles graves de l'appareil urinaire supérieur : rein, bassinets, uretère. Il attache beaucoup d'importance en particulier à la flexion des uretères et à la rétroversion des ovaires, etc.

La seconde partie, la pathologie spéciale comprend les chapitres suivants : 1° élévation; 2° antéposition; 3° rétroposition; 4° et 5° latéroposition; 6° torsion; 7° antéversion et antéflexion; 8° rétroversion et rétroflexion; 9° descente et prolapsus; 10° hystérocèle; 11° inversion de l'utérus.

Le traitement de ces affections consistera, lorsque cela sera possible, en la réduction à l'aide de pessaires en 8 de chiffre que l'auteur a inventés. Ces pessaires sont flexibles, et il peut leur donner la courbure convenable.

Schultze serait disposé dans certains cas à joindre l'action du pessaire intra-utérin à celle du pessaire vaginal. Dans le cas où la déviation utérine reconnaît pour cause des adhérences péritonitiques anciennes, s'il n'y a pas actuellement de phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus, l'auteur propose un mode de traitement, qui aura quelque peine à se généraliser en France. Il consiste à déchirer les adhérences qui maintiennent le corps de l'utérus dans sa situation vicieuse. On y arrive à l'aide du toucher vaginal ou rectal, combiné avec le palper abdominal et suivant une méthode exposée dans tous ses détails. L'utérus est pour ainsi dire débarrassé de sa coque membraneuse, comme on écale une noix. On peut alors le redresser, le maintenir dans sa situation normale. L'antéversion et l'antéflexion sont surtout le résultat d'une paramétrite postérieure avec raccourcissement des ligaments. Ces déviations ne sont donc que très exceptionnellement modifiées d'une façon satisfaisante par les pessaires. On sait d'ailleurs combien se sont ingéniés les gynécologues pour construire des pessaires qui permettent le relèvement de l'utérus placé en antéflexion et combien peu leurs efforts ont été couronnés de succès.

La contention mécanique réussit donc surtout dans les déviations postérieures et il sera toujours favorable de maintenir la réduction qui aura due être quelquefois effectuée par le procédé que nous avons déjà décrit.

Les chapitres consacrés aux déviations latérales, aux torsions, au pro-

lapsus à propos duquel nous trouverons tracée l'histoire des hypertrophies longitudinales du col, de l'inversion utérine présentent le même cachet d'originalité que les précédentes.

M. Hergott aura rendu un réel service en faisant connaître cet ouvrage en France ; l'éditien en a été très soignée. PORAK.

Ueber die normale Lage und das normale Verhalten des Uterus und die pathologisch-anatomischen Ursachen der Erscheinung Anteflexio (De la position normale de l'utérus et des causes anatomopathologiques de l'antéflexion), par L. BANDL (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 3).

1° A la clinique, on trouve de l'antéflexion et de l'antéversion dans presque tous les cas où il n'y a pas de rétroversion ni rétroflexion. Mais la plupart des femmes qui s'y présentent se plaignent plus ou moins des organes génitaux. Cependant, l'auteur a rencontré accidentellement quelques utérus qui restaient droits même après l'évacuation de la vessie; et dans ces cas, il s'agissait constamment des femmes qui n'éprouvaient aucun trouble de ce côté. L'utérus était bien alors dans la position où l'a récemment décrit Kölliker : c'est-à-dire droit, dirigé dans l'axe du petit bassin, et se déplaçant dans des limites très restreintes sous l'influence de l'état de vacuité ou de plénitude du rectum et de la vessie.

2° Dans un cas de laparotomie, chez une vierge de 16 ans, l'auteur a trouvé l'utérus dans la position décrite par Kölliker.

3° Sur le cadavre, l'antéflexion est très rare par rapport à sa fréquence sur le vivant. L'auteur l'a rencontrée quatre fois sur 200 cadavres.

4° Chez le nouveau-né ou l'enfant (à l'autopsie), l'auteur a trouvé l'utérus constamment droit ou avec une légère antéflexion.

L'antéflexion, telle qu'on l'observe chez l'adulte, est, dans la plupart des cas, le résultat d'une inflammation de la muqueuse du col, qui s'étend aux parties les plus proches de l'espace paramétrique, surtout en arrière et sur les côtés, et gagne le péritoine de l'espace de Douglas. Dans la pratique, on ne rencontre que rarement cette inflammation à son début; dans la plupart des cas, on n'en voit que les résultats éloignés.

L'antéflexion n'empêche pas la conception, mais elle a lieu plus rarement qu'à l'état normal. Lorsqu'il y a grossesse, une plus grande partie du col est conservée à l'état de canal, et lorsqu'on examine, vers le troisième mois de la grossesse, par exemple, on sent très nettement la limite entre le col qui est malade et dur et la partie de l'utérus qui renferme l'œuf et qui présente une consistance molle élastique. Au moment de l'accouchement, la partie du col qui s'est maintenue à l'état de canal s'ouvre plus difficilement et les douleurs sont plus violentes : il se forme fréquemment pendant la dilatation de cette partie, une petite tumeur céphalique, et il se produit des déchirures plus ou moins profondes à la suite desquelles on observe habituellement un ectropion plus ou moins prononcé. H. DE BRINON.

I. — On the operation of shortening the round ligaments for uterine displacements, par W. REID (*Brit. med. j., p.* 958, *novembre* 1884).

II. — A case of Alexander's Operation of shortening the round ligaments in a case of aggravated prolapse and retroflexion, par G. ELDER (*Ibid., p.* 959).

I. — Femme de 33 ans, accouchée à 20 ans, et toujours souffrante depuis;

hypertrophie du col utérin et rétroflexion de l'organe, entraînant des troubles fonctionnels très pénibles. Insuffisance du traitement par les tampons, les pessaires et les scarifications du col. L'auteur se décide à lui raccourcir les ligaments ronds.

Opération le 1er novembre. Incision à gauche depuis l'épine du pubis jusqu'au tendon de l'oblique externe; on sent l'anneau inguinal, et l'on fixe au moyen d'une aiguille le paquet des tissus qui le traversent. Cela fait, une dissection attentive met à nu le ligament rond. La même opération est faite du côté opposé, après quoi une sonde est introduite dans l'utérus et l'organe ramené dans sa position normale. Les ligaments ronds sont alors tirés en dehors jusqu'au point où ils maintiennent l'utérus en situation, et fixés à l'anneau inguinal par trois fils de catgut solidement liés. Un pessaire, introduit dans le vagin, maintient l'utérus en position pendant la cicatrisation de la plaie.

Suites de l'opération très simples : la malade sort le 26e jour. Six mois après, le col a repris sa rectitude quoiqu'il reste encore une légère rétroflexion. La malade n'a plus de dysménorrhée, la miction et la défécation ne sont plus gênées : il persiste encore un certain degré de leucorrhée.

Les deux autres observations sont analogues.

L'auteur en conclut que l'opération, relativement simple à pratiquer, remédie bien au déplacement de l'utérus sans changer la condition de l'organe, et sans faire disparaître l'hypertrophie utérine. Si incomplète qu'elle soit, elle améliore notablement certains troubles fonctionnels très pénibles.

II. — Dans l'observation de Elder, le résultat fut très remarquable.

Il s'agissait d'une femme ayant eu une rupture du périnée, et dont l'utérus hypertrophié était en rétroflexion complète. Il s'en était suivi une incontinence d'urine permanente avec impossibilité de marcher et de faire le moindre ouvrage debout. L'opération fut faite suivant la méthode précédente, les ligaments ronds coupés, puis attirés au dehors jusqu'au point de fixation normale de l'utérus; et là, suturés et réunis aux lèvres de la plaie. Pansement antiseptique à l'iodoforme. Guérison en cinq semaines. Depuis lors cette femme a pu se placer comme domestique et faire son service sans éprouver aucun de ses malaises antérieurs. H. R.

Elytrorrhaphie médiane ou elytrocleisis partialis mediana comme moyen de traitement opératoire du prolapsus utérin complet, par SOKOLOFF (*Ann. de Gyn., janvier* 1884).

Sous ces désignations, l'auteur indique l'opération faite pour la première fois en 1823, par R. Gérardin (de Metz), pour obvier au prolapsus utérin et exécutée ensuite par Neugebauer de Varsovie. C'est à peu près la même opération qui fut désignée plus tard par Le Fort, sous le nom de cloisonnement du vagin. — L'opération de Le Fort diffère de l'opération de Neugebauer en ce que ce dernier pratique l'avivement des parois antérieure et postérieure du vagin dans une étendue un peu moins longue et un peu plus large, qu'il avive la muqueuse après la réduction de l'utérus et sa rentrée dans l'excavation du bassin, qu'il enlève les sutures et ne les laisse pas se détacher spontanément.

L'auteur rapporte quatorze observations appartenant à Neugebauer et en tire les conclusions suivantes :

L'opération trouve son indication dans le renversement plus ou moins considérable de la paroi antérieure et postérieure du vagin, et sa contre-

indication dans le renversement inégal de ces parois. L'âge de la malade n'a qu'une importance secondaire. L'avivement de la muqueuse de la paroi antérieure et de la paroi postérieure doit avoir 4 à 5 centimètres de longueur sur 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres de largeur; il suffit de n'enlever que la partie superficielle de la muqueuse. — Les sutures octoïdes métalliques ont de grands avantages. On doit enlever les sutures dans l'intervalle du 2e ou 3e septenaire après l'opération. PORAK.

Sur la périnéorhaphie, par TRÉLAT (*Bull. Soc. chir., p.* 314, 337, 1884).

Une présentation de Queirel a été l'objet d'un rapport de Trélat, et a donné lieu à une discussion sur la périnéorhaphie. C'est au procédé de Gaillard-Thomas, d'Emmet, que se rallient la plupart des membres entraînés surtout par l'exemple de Terrillon et de Monod, qui ne comptent pas moins de 11 opérations récentes.

Il consiste essentiellement en ceci, que les fils, pénétrant dans la peau à 1 centimètre en dehors de la surface d'avivement, s'en vont cheminant profondément dans les tissus gagner la cloison recto-vaginale, la traversent et ressortent en suivant un chemin parallèle sous l'autre bord de la plaie, dans un point symétrique du côté opposé au point d'entrée. On se sert pour passer ces fils d'une grande aiguille emmanchée, à courbure très prononcée. Il importe que le premier de ces points de suture soit très postérieur. L'orifice d'entrée et l'orifice de sortie doivent être situés à 1 centimètre et demi en dehors et en arrière de la circonférence postérieure de l'anus. Trois ou quatre fils, placés comme il vient d'être dit, suffisent pour reformer le corps périnéal. Les deux ou trois suivants, en comptant d'arrière en avant, qui doivent rapprocher la partie la plus antérieure des surfaces d'avivement et reconstituer la paroi postérieure du vagin et la région de la fourchette, ne traversent pas la cloison; ils sont donc apparents dans la plaie sur une partie de leur parcours. Ils ne sont pas cependant libres dans le vagin, mais tous complètement cachés dans la profondeur des surfaces avivées, dès que les sutures sont serrées. Le premier fil, celui que l'on pourrait appeler ano-vaginal, est seul un peu pénible à placer, en raison de la grande courbe qu'il décrit, mais on en vient cependant toujours assez aisément à bout. Le fil ano-vaginal a, en effet, la prétention de ramasser, pour ainsi dire, les fibres déchirées du sphincter, pour mettre au contact bout à bout, sur la ligne médiane les extrémités divisées. JULLIEN.

Zur Kenntniss der Uterus-Schleimhaut (Recherches sur la muqueuse utérine), par J. DUVELIUS (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

Dans une série de 22 expériences pratiquées sur des cadavres frais, l'auteur a constaté que le raclage avec la curette enlève la totalité de la muqueuse. Dans la plupart des cas (19 sur 22), il ne restait, après l'opération, pas un seul point recouvert de sa muqueuse intacte : mais la muqueuse n'est pas enlevée dans toute son épaisseur; la curette laisse presque partout la partie profonde des tubes glandulaires.

L'opération du raclage permet la reproduction complète de la mu-

queuse. L'auteur a constaté le fait par l'examen microscopique sur deux utérus enlevés par Martin. Les malades qui étaient près de l'âge critique avaient subi plusieurs raclages suivis de cautérisations. Le dernier raclage avait été pratiqué chez l'une deux mois, chez l'autre quatre mois avant l'opération. Les hémorragies s'étant reproduites malgré tous les moyens employés, l'ablation de l'organe fut pratiquée : dans les deux cas, l'utérus fut trouvé tapissé de sa muqueuse, sans trace de cicatrice : la muqueuse était malade, mais intégralement reproduite.

Enfin, la muqueuse reproduite après le raclage est propre à de nouvelles grossesses : c'est ce que prouvent 60 cas de grossesse observés dans l'espace de cinq ans (1879-1883), chez des femmes qui avaient subi le raclage : 11 fois, le raclage avait été pratiqué pour enlever des débris de membrane à la suite d'avortement; 49 fois, pour des lésions chroniques de la muqueuse, ou pour cause de stérilité : 17 de ces malades n'avaient pas eu de grossesse avant le raclage. Cette opération n'est donc pas, comme on l'a affirmé, une cause de stérilité : elle peut, au contraire, être employée efficacement contre la stérilité. H. DE BRINON.

Beitrag zur Lehre von der operativen Behandlung des Hœmatoma periuterinum extraperitoneale, par J. DÜVELIUS (*Archiv für Gynækologie, Bd. XXIII, Heft* 1).

A. Martin a eu l'occasion de pratiquer cinq nouvelles opérations d'hématome périutérin par ouverture abdominale, et les cinq malades ont guéri. L'auteur publie l'observation des quatre cas les plus récents.

Au point de vue opératoire, on trouve dans la plupart des cas des adhérences plus ou moins étendues entre la tumeur et l'intestin grêle; ces adhérences ne sont jamais un obstacle absolu à la terminaison de l'opération. Lorsqu'elles sont trop étendues, il est inutile de les diviser complètement; le point important est d'enlever complètement les masses sanguines et de racler la paroi avec beaucoup de soin. S'il se produit des hémorragies sur la paroi du sac ou de l'utérus, on arrive toujours à les arrêter assez facilement au moyen de ligatures. Un drain épais muni de soutiens transversaux est placé dans le vagin. La friabilité des tissus ne permet pas habituellement de fermer l'ouverture du sac du côté de l'abdomen. On se contente, après avoir fait la toilette de la cavité abdominale et de l'intestin, d'appliquer la paroi du sac et l'intestin sur le tube à drainage et on ferme la cavité abdominale. On ne fait pas habituellement d'injections désinfectantes dans le sac, dans le cours du traitement qui suit l'opération. Le drain peut être enlevé sans inconvénient du cinquième au sixième jour. La convalescence a lieu sans réaction inflammatoire. H. DE BRINON.

On uterine hœmorrage and a new method of treatment, par Richard RICHARDSON (*Brit. med. journ., p.* 605, *septembre* 1884).

La nouvelle méthode de traitement consiste à introduire au niveau du col de l'utérus un cristal de sulfate d'alumine et de fer (alun ferrugineux), et à le laisser en place jusqu'à ce qu'il se soit fait un caillot solide. L'auteur cite cinq cas de succès par ce moyen. H. R.

Ueber der Verschluss der Vulvæ in Verbindung mit Anlegung einer Künstlichen. Mastdarmscheidenfistel bei unheilbaren Blasenscheidenfistel nach Rose (De l'occlusion de la vulve, avec création d'une fistule recto-vaginale dans les cas de fistules vésico-vaginales incurables, d'après la méthode de Rose), par BRÖSE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

Il s'agit d'une femme de 32 ans, opérée d'après la méthode de Rose, par Schrœder. Cette femme présentait une absence complète de la paroi de l'urètre, une fistule vésico-vaginale, permettant l'introduction de deux doigts, avec prolapsus de la paroi vésicale, avec destruction des parois latérales du vagin, remplacées par un tissu de granulations adhérent à la paroi pelvienne; enfin, une fistule recto-vaginale perméable pour un doigt. L'opération d'occlusion de la vulve fut pratiquée le 15 juin; elle dut être complétée par une série d'opérations et de manœuvres, et, ce n'est que le 22 décembre que la malade put sortir. Encore restait-il, à ce moment, au niveau de l'urètre, une toute petite fistule non perméable à la sonde, mais laissant écouler quelques gouttes d'urine. Le résultat de l'opération fut très mauvais. La malade eut à souffrir d'abord d'une constipation opiniâtre. Les règles, dès leur seconde apparition, provoquèrent des douleurs très violentes. L'accumulation de l'urine dans le cloaque déterminait une sensation de plénitude très pénible, et des douleurs brûlantes dans la cicatrice vulvaire. Mais la pénétration dans le cloaque des matières fécales et des gaz était encore plus pénible pour la patiente. Les gaz, en particulier, lui causaient une sensation de déchirement qui devint bientôt insupportable. 10 mois après sa sortie de l'hôpital, il fallut rétablir par une nouvelle opération l'orifice vulvaire. Les phénomènes douloureux cessèrent presque immédiatement et la malade sortit munie d'un réceptacle pour recevoir l'urine.

L'auteur conclut de cette observation et des faits connus que l'opération de Rose ne donne pas, en général, un résultat supportable. Le cas de Rose ne prouve rien, puisque sa malade est morte 14 jours après l'opération, d'une affection intercurrente. On ne sait pas ce qu'est devenue l'opérée de V. Dittel. Quant aux opérées d'Antal et de Cazin, elles étaient dans des conditions toutes spéciales. Enfin, il existe deux observations dans lesquelles les opérateurs ont dû renoncer à leur entreprise.

H. DE BRINON.

I. — Zehn Castrationen (Dix castrations), par H. FEHLING (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 3).

II. — Castration als Mittel gegen nervöse und psychische Leiden (Communication d'HEGAR au Congrès de Copenhague (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 2).

III. — A note on uterine myoma; its pathology and treatment, par LAWSONTAIT (*Lancet*, 21 *juillet* 1883).

IV. — Removal by vagina of an ovary adherent in Douglas's pouch for severe dysmenorrhæa; cure par Greig SMITH (*The Lancet*, 15 *décembre* 1883).

V. — Ein fall Ovariotomie bei hysterischen Hemianästhesie, par L. LANDAU et E. REMAK (*Zeitsch. f. klin. Med., vol. VI, p.* 437).

VI. — Sur un cas d'ovario-hystérotomie chez une hystérique, par POZZI (*Bull. Soc. chir., p.* 230, 1884).

I. — Ces dix opérations ont été pratiquées du 17 avril 1880 au 22 fé-

vrier 1883. L'une d'elles n'a pas été achevée, parce que l'opérateur a constaté, pendant l'opération, l'existence d'une tuberculose miliaire du péritoine. La guérison opératoire a été obtenue dans les dix cas.

Des neuf cas où l'opération a été achevée, quatre fois la ménopause s'est établie immédiatement après l'opération; trois fois, la ménopause a été précédée d'hémorragies irrégulières; dans deux cas, les hémorragies persistent encore un an et deux ans après l'opération, mais sous forme irrégulière. Au point de vue de la ménopause, les résultats obtenus par l'auteur se rapprochent beaucoup de ceux qu'ont obtenus Tauffer et Hegar.

L'auteur a pratiqué 6 fois l'opération pour des fibromes utérins; 5 fois les hémorragies ont cessé immédiatement ou peu après l'opération, et la tumeur a notablement diminué de volume. Dans un cas, où les hémorragies ont persisté encore un an après l'opération, la tumeur a néanmoins diminué de volume. Les fibromes, surtout ceux qui prennent, vers l'âge de 30 ans, un accroissement rapide et provoquent d'abondantes hémorragies, fournissent, suivant l'auteur, la meilleure indication.

L'auteur a pratiqué une fois l'opération pour une névralgie ovarienne: le résultat a été lent, mais pleinement satisfaisant.

Il n'en a pas été de même dans les cas d'affections nerveuses et psychiques. Dans un cas où les troubles psychiques reparaissaient à chaque menstruation, ils ont cessé pendant 6 mois, mais ont reparu ensuite, en même temps que les hémorragies. Dans un autre cas, les vomissements quotidiens et les accidents hystéro-épileptiques ont également reparu après l'opération. Enfin, dans un cas de fibrome, où l'opération avait été suivie de réduction du volume de la tumeur et de la cessation des hémorragies, les troubles psychiques et hystériques n'ont présenté aucune amélioration. L'auteur se trouve donc en contradiction avec Tauffer qui considère la castration comme un moyen de guérison de l'hystéro-épilepsie. Toutefois, de nouvelles observations sont nécessaires pour porter un jugement sur la question.

II. — Hegar cherche à préciser les indications de la castration dans le traitement des affections nerveuses et psychiques. Lorsqu'une névrose paraît être en relation avec les organes génitaux, la castration n'est justifiée que si l'on peut constater une altération anatomique des ovaires, et s'il est établi que la névrose dépend de cette altération. Une névrose peut être considérée comme ayant son point de départ dans les organes génitaux, lorsque cette névrose présente les phénomènes dépendants du plexus lombaire et sacré: douleurs siégeant dans la région sacrée, l'abdomen, les cuisses, troubles de la miction, de la défécation, etc. La dépendance des organes génitaux peut encore être établie par l'existence d'une aura partant des organes génitaux par la localisation de la névrose dans le côté du corps où il existe une altération des organes génitaux; par la coïncidence de la névrose avec la menstruation, la grossesse, etc. La relation entre la névrose et les organes génitaux étant établie, il ne s'ensuit pas que la guérison soit assurée. S'il n'existe qu'un centre d'irritation dans les trompes par exemple ou dans les ovaires, l'ablation de ces organes fera disparaître la névrose; mais s'il en existe plusieurs, le résultat sera toujours incertain.

Les résultats obtenus par Hegar sont très remarquables; mais ses in-

succès sont encore plus instructifs que les succès. Les insuccès dépendent tantôt de l'opération elle-même (formation d'exsudats), tantôt du traitement consécutif qui est insuffisant.

Spencer Wells, répondant à une interpellation de Kœberlé, dit qu'il n'a pas trouvé fréquemment des névroses coïncidant avec les tumeurs de l'ovaire. Il a fait 4 ovariotomies sur des folles : deux fois la folie s'est améliorée, d'autres fois elle s'est aggravée après l'opération. Il ne croit pas que les névroses aient souvent leur point de départ dans les ovaires ; elles proviennent plutôt de vices d'éducation ou de mauvaise hygiène.

Olshausen n'a obtenu aucun résultat de la castration dans trois cas, dont un présentait une altération des ovaires sensible par la palpation. Dans un quatrième cas d'hystéro-épilepsie, les accidents ont disparu après l'opération, et la guérison s'est maintenue depuis 2 ans et demi.

Gordon a pratiqué 6 fois l'opération dans des cas de dysménorrhée avec nervosisme général grave, les ovaires enlevés étaient tous altérés ; souvent aussi les trompes. Les douleurs et les crises hystériques ont promptement disparu.

Priestley a vu dans un cas les douleurs et les crises nerveuses augmenter après l'opération et dégénérer en folie. La castration ne lui paraît jamais indiquée. Le traitement moral et médicamenteux donne de meilleurs résultats qu'on ne le croit généralement. H. DE BRINON.

III. — Lawson Tait, pour obtenir une ménopause anticipée, s'est mis à traiter les fibromes utérins par l'extirpation des appendices de l'utérus (trompes et ovaires) ; sur 54 cas il a eu 3 morts, c'est-à-dire 5.5 pour 100, proportion bien moindre que celle donnée par l'hystérectomie. Des 51 malades restants, 38 auraient guéri, 3 ont vu leur tumeur continuer à s'accroître malgré l'arrêt de la menstruation, chez 3 autres la maladie a pris le caractère malin ; le reste a été perdu de vue.

IV. — Une fille de 18 ans, réglée à 13 ans, avait constamment souffert depuis lors de violentes coliques abdominales à chaque époque menstruelle ; dans les derniers mois ces douleurs étaient devenues presque continuelles et d'une intensité intolérable ; de plus chaque tentative de défécation était accompagnée de souffrances assez vives pour provoquer la syncope. L'examen révéla dans le cul-de-sac vaginal postérieur une petite tumeur très douloureuse à la pression que l'on supposa constituée par l'ovaire droit en prolapsus dans la cavité de Douglas, et maintenu dans sa position vicieuse par des adhérences à la paroi vaginale et au rectum. Après avoir employé pendant deux mois, sans aucun succès, les douches chaudes et divers autres moyens palliatifs, on resolut d'extirper l'ovaire malade. Le vagin fut en conséquence soigneusement désinfecté par les injections phéniquées et la ouate à l'iodoforme, et une incision fut pratiquée à l'aide de ciseaux dans le cul-de-sac postérieur, immédiatement en arrière du col utérin. Un doigt introduit par cette ouverture dans le péritoine permit de rompre les adhérences qui maintenaient l'ovaire et d'attirer celui-ci dans le vagin, où il fut saisi avec une pince à griffes et détaché de son pédicule préalablement lié au catgut. On ne fit point de sutures et on se contenta de remplir le vagin de ouate iodoformique. Les suites de l'opération furent très simples ; les douleurs de la défécation cessèrent aussitôt, et dix semaines plus tard il y eut une éruption des règles, sans aucune colique. Les forces revinrent rapidement et la santé est restée bonne depuis. H. BARTH.

V. — Landau et Remak rapportent l'observation d'une hystérique hémianesthésique chez laquelle on dut, pour un kyste ovarien, pratiquer

l'ovariotomie du côté anesthésié. Ni la maladie nerveuse, ni la douleur locale ne furent modifiées, cette dernière devint seulement plus diffuse. Les auteurs en concluent que la castration ovarienne ne peut être conseillée ni pour remédier à la névrose hystérique, ni pour supprimer la douleur dite ovarienne. M. DEBOVE.

VI. — Cette observation touche de fort près à l'histoire de l'ovariotomie normale ou opération de Battey qui serait mieux nommée opération d'Hegar puisque ce dernier l'a pratiquée le premier, le 27 juillet 1872, tandis que Battey ne l'a faite que trois semaines plus tard, le 17 août. Cependant on remarquera que la malade de Pozzi, une femme de 45 ans, en même temps qu'elle souffrait de troubles nerveux graves, céphalalgie, éblouissements, rêves pénibles, exaltation, pollutions renouvelées jusqu'à 4 à 5 fois par nuit, perte de connaissances, hémianesthésie, hémiparésie, portait un petit kyste de l'ovaire, et un fibrome utérin gros comme une orange. Une opération la débarrassa complètement et de ces néoplasmes, et des accidents nerveux qui lui rendaient l'existence intolérable. L. JULLIEN.

I. — Traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus. — Discus. Congrès de Copenhague (*Cent. f. Gynæk.*, 6 *septembre* 1884).

II. — Beitrag zur Laparomyomotomie, par R. KALTENBACH (*Zeit. f. Geburts u. Gyn.*, *Band X*, *Heft* 1).

III. — Deux cas de laparohystérotomie pour fibromes, par F. FRAIPONT (*Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, 6 *février* 1884).

IV. — Laparomyomotomy, par Lewis A. STIMSON (*Med. Record N. York*, 4 *octobre* 1884).

V. — Deux observations de tumeurs utérines et ovariennes, par VILLENEUVE (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 198, 1883).

VI. — Hystérectomie pour un corps fibreux utérin compliqué d'hydronéphrose, par S. POZZI (*Ibid.*, *p.* 304, 1884).

VII. — Ein Fall von Cystofibroma Uteri, par Ad. DIESTEWEG (*Zeit. f. Geburts. u. Gyn.*, *Band IX*, *Heft* 1).

VIII. — Enucleation of an uterine fibroma between the second und third stages of labour, par Farrant FRY (*Lancet*, 8 *mars* 1884).

IX. — Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, par APOSTOLI (*Broch. Paris*, 1884 *et Gaz. des hôp.*, 7 *février* 1885. — *Idem*, **par L. CARLET** (*Thèse de Paris*, 1884).

X. — De l'emploi combiné des courants continus et des injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, par SERRE (*Gaz. hebd. de Montpellier*, *n°* 14, 1884).

I. — Les indications de la laparotomie, pour Kœberlé, sont les suivantes: hémorragies excessives et prolongées, accroissement continu et rapide de la tumeur, âge de la malade peu rapproché de la ménopause, siège du néoplasme, ceux qui occupent le segment inférieur de l'utérus entraînant un plus mauvais pronostic, enfin tous les inconvénients qui font, pour les malades, un tourment de l'existence. Les contre-indications, pour cet auteur, sont: des adhérences étendues et très vasculaires de la

tumeur avec les parois de l'abdomen, l'enclavement dans le bassin, l'épanchement ascitique croissant et se reproduisant rapidement après la ponction, enfin la coexistence d'autres maladies graves ou d'affections pouvant compromettre le résultat de l'opération.

Spencer Wells, Knowsley Thornton, Olshausen et Martin n'acceptent que les deux dernières de ces contre-indications; du reste, Kœberlé lui-même ne considère les adhérences et l'ascite que comme des obstacles relatifs à l'opération.

Pour ce qui est du manuel opératoire, il faut enlever les tumeurs fibreuses bien pédiculées, après avoir lié, sectionné et réduit le pédicule. On peut énucléer les petits fibromes, circonscrits d'apparence sénile, et fermer l'incision du tissu utérin par les sutures profondes. Les grands fibromyxomes ne sont justiciables que de l'hystérectomie. Kœberlé a coutume en pareil cas d'isoler l'utérus sur les parties latérales, au moyen de ligatures passées dans les ligaments larges, puis il applique le plus bas possible un fil métallique sur l'utérus, et après l'avoir fixé avec un serre-nœud, il enlève la tumeur et fixe le moignon à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Sur 50 opérations pratiquées de la sorte, la mortalité s'est montrée la même que pour l'ovariotomie avec traitement extrapéritonéal du pédicule. Le pronostic est toujours fatal quand le fibromyxome occupe les ligaments larges.

Spencer Wells, Sänger, Olshausen se déclarent au contraire partisans du traitement intrapéritonéal du pédicule; le premier emploie des sutures en soie; les derniers la ligature élastique. Hegar, Kaltenbach et Thornton adoptent l'avis de Kœberlé, et les deux premiers chirurgiens accusent la ligature élastique de donner lieu à des abcès et à la nécrose du moignon.

Wiedow a réuni 149 cas d'oophorectomie pratiquée pour la guérison de myxomes utérins ; 17 des opérées, c'est-à-dire 11 0/0 périrent. Dans 49 cas seulement les malades purent être suivies plus d'un an après l'opération. Dans 36 cas, il y eut cessation des hémorragies et atrophie de la tumeur ;—suppression des règles dans trois cas, diminution du volume du fibrome dans 1, légères hémorragies irrégulières malgré la diminution de volume dans 8 cas, et dans 1 de petites hémorrhagies périodiques survenant à intervalle de 3 mois. Wiedow, examinant ces résultats au point de vue du siège de la tumeur et de ses dimensions, conclut que le volume du fibrome n'est pas une contre-indication à la castration ; il pense que la myxomotomie doit être désormais réservée pour les tumeurs fibrocystiques et pour les fibromes pédiculés sous péritonéaux. Hegar et Howitz adoptent cette manière de voir, mais Thornton pense que la castration doit être réservée pour les tumeurs, de petites dimensions, celles qui n'atteignent pas le volume d'une tête d'enfant.

Le Dr Apostoli communique ensuite les résultats de ses recherches sur le traitement des myxomes utérins par l'électricité (voir plus loin). P. B.

II. — L'auteur a pratiqué de 1876 à 1882 dix laparotomies pour l'ablation de fibromes utérins, 9 opérées ont guéri.

L'auteur insiste sur le traitement du moignon. L'expérience acquise lui a démontré que le perchlorure de fer ne mettait pas à l'abri de la putridité ; que l'eau chlorée était insuffisante: son action ne permettant pas d'éloigner la décomposition putride du moignon plus de 4 ou 5 jours. Le

chlorure de zinc employé d'après la méthode d'Hegar donne d'excellents résultats : c'est la méthode qu'a suivie l'auteur, excepté dans les trois premiers cas d'amputation supravaginale. Le moignon est cautérisé avec le thermocautère, l'extrémité terminale du moignon est touchée avec un pinceau trempé dans une solution à parties égales de chlorure de zinc, les parties latérales, jusqu'au sillon de suture avec une solution à 5 ou 10 0/0 et la totalité de l'entonnoir autour du moignon est remplie de ouate imprégnée d'une solution de 2 ou 5 0/0. La croûte formée par le chlorure de zinc commence à se détacher du 5e au 7e jour, et l'on n'a plus devant soi qu'une plaie granuleuse en entonnoir, au centre de laquelle se trouve le moignon desséché ; à partir de ce moment, le chlorure de zinc devient inutile : il suffit de panser avec l'ouate simple, phéniquée ou salicylée : La surface du moignon doit encore être touchée plusieurs fois pendant les premiers jours, avec une solution plus ou moins concentrée de chlorure de zinc. Le moignon et les ligatures seront autant que possible laissées en repos. La chute de l'extrémité desséchée du moignon a lieu spontanément du 16e au 18e jour et peut se faire attendre jusqu'au 21e.

On peut reprocher à la méthode extrapéritonéale d'exiger un traitement consécutif plus compliqué, de ne pouvoir s'appliquer comme la méthode intrapéritonéale aux cas de brièveté du col ou de tumeur intraligamenteuse, de se plier moins facilement aux exigences de chaque cas particulier. Le reproche de prédisposition aux hernies abdominales paraît avoir été exagéré. Quant aux résultats, ils ne diffèrent pas sensiblement. Tant que les résultats ne feront pas nettement pencher la balance en faveur de la méthode intrapéritonéale, l'auteur restera fidèle à la méthode extrapéritonéale. H. DE BRINON.

III. — Relation de deux opérations pratiquées par von Winiwarter, l'une, pour un gros fibrome interstitiel, l'autre, pour une tumeur fibrokystique de l'utérus. La première des opérées guérit, la seconde mourut et la terminaison fatale fut probablement la suite d'une hémorragie très forte qui se développa pendant l'opération et qui ne put être arrêtée que par l'application de pinces à demeure sur l'artère utérine gauche et les veines du ligament large correspondant. L'intérêt de ces observations réside dans le traitement du pédicule utérin.

Winiwarter, dans l'un et dans l'autre cas, avait produit une ischémie temporaire en entourant la base de la tumeur d'une ligature élastique ; mais dans le premier, il avait réuni les bords de la surface de section de l'utérus par la suture de Schrœder et avait ensuite fixé au moyen de broches, le pédicule utérin ainsi suturé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Dans le second, il suivit un autre plan : après avoir détaché le péritoine de la tumeur à 3 travers de doigt au-dessus de l'endroit où devait porter la ligature élastique, il appliqua celle-ci sur le tissu utérin lui-même, enleva la tumeur au couteau, puis les deux ovaires après avoir passé au-dessous d'eux une double ligature ; enfin il réunit tout autour du pédicule utérin, le péritoine détaché de l'utérus au péritoine pariétal, et renforça la ligature élastique par une anse de Cintrat.

Winiwarter renonce à cette pratique en raison de l'hémorragie à laquelle elle expose. Il adopte le traitement extrapéritonéal du pédicule avec ligature élastique appliquée directement sur lui et sous deux broches entrecroisées, après l'ablation préalable des deux ovaires.

IV. — Histoire résumée de deux cas d'extirpation, suivis de succès, de l'utérus et des ovaires par la voie abdominale. L'une et l'autre opération furent faites et soignées dans la salle d'un hôpital général, sans isolement par conséquent. Il s'agissait de fibromes multiples de l'utérus.

L'antisepsie fut pratiquée avec la solution de sublimé ; seuls les instruments furent trempés dans une solution phéniquée forte. Le pédicule fut traversé par des broches et étreint par une ligature élastique : il tomba dans un cas, le 10e, dans l'autre le 17e jour : pendant le temps qui précéda la chute, il fut traité à l'iodoforme. La guérison de la plaie fut du reste rapide. Dans le premier cas, le moignon utérin se rétracta promptement et revint à sa situation première : dans le second il resta proéminent et fortement adhérent à la paroi abdominale. Aucun accident ne vint, ni dans un cas ni dans l'autre, mettre obstacle à la guérison.

L.-A. Stimson se déclare partisan absolu du traitement extrapéritonéal du pédicule dans la myxomotomie. Il est seul capable de mettre à l'abri des complications et surtout des hémorragies et de la suppuration intra-péritonéale du moignon utérin. Le seul inconvénient réel qui pourrait en résulter serait la gêne apportée par l'adhérence de l'utérus à la cicatrice abdominale, au libre développement de la vessie. Mais dans aucun des cas qu'il a traités l'auteur n'a remarqué la moindre gêne du côté des fonctions vésicales. P. B.

V.— Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 32 ans que Villeneuve vit en juin 1882.

L'abdomen mesurait 1m, 66 au niveau de l'ombilic, la palpation faisait reconnaître une couche d'ascite, et au-dessous d'elle une tumeur lisse, dure, peu mobile, remontant jusqu'à 2 travers de doigts de l'appendice xyphoïde. Au-dessus du pubis et presque sous la peau, on constatait la présence d'une autre tumeur ovoïde, mobile, ressemblant à l'utérus. Col petit, immobile, débordé de tous côtés par la tumeur abdominale, qui fait saillie dans les culs-de-sac. L'hystéromètre pénètre à 2 centimètres 1/2, et des mouvements imprimés à la tumeur sous-pelvienne ne se communiquent pas à la tige de l'instrument. Pas de métrorragie.

En opérant, on reconnut que la tumeur s'implantait sur toute la moitié postérieure du col utérin, col lui-même très allongé et hypertrophié. Un fil de fer fut passé autour du col hypertrophié du ligament large gauche et de l'ovaire correspondant. Le pédicule fixé à l'angle de la plaie tomba le 9e jour, et laissa voir une communication avec l'infundibulum pédiculaire et le vagin. On y plaça un drain par lequel on fit 2 fois par jour des injections phéniquées.

La malade quitta l'hôpital un mois après. La tumeur pesait 8 kilog. 600.

Dans la seconde opération, une tumeur médiane, arrondie, sans bosselures, qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étend jusqu'aux flancs, paraît fluctuante, mais seulement à gauche. L'hystéromètre pénètre à 2 centimètres dans le col. On diagnostique un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ayant une grande poche à gauche et de plus petites à droite.

Pendant l'opération on constata un large pédicule épais et aplati d'avant en arrière, embrassant le sommet et tout le bord gauche de l'utérus hérissé lui-même de tumeurs globuleuses, irrégulières, bosselées et très dures, faisant penser à un néoplasme cancéreux. La matrice que l'auteur cherchait à entraîner hors de l'abdomen, ayant résisté à toute traction, Villeneuve sectionna circulairement les parois du kyste et en forma une sorte de pédicule qu'il tordit et traversa par une broche en fer.

Le 7e jour, on voit sortir des matières fécales par le pédicule; le 12e, survient une hémorragie qui anémie profondément la malade ; le lendemain désunion de toutes les sutures ; le 20e jour nouvelle hémorragie ; au 40e jour, état général grave, on extrait une éponge oubliée dans l'angle de la plaie depuis la première hémorragie. Enfin la guérison se fait avec éventration et le 50e jour la malade peut se lever

L'auteur conclut qu'il s'agissait d'une tumeur kystique des parois utérines, mais le rapporteur, M. Terrier, croit plutôt à un kyste uniloculaire de l'ovaire ayant dédoublé les lames du ligament large gauche, d'où le pédicule adhérant au bord gauche de l'utérus.

VI. — 1° Rôle des corps fibreux de l'utérus dans la production de lésions rénales et en particulier de l'hydronéphrose. Il a trouvé de nombreux cas dans la littérature médicale qui seraient à rapprocher du sien. On conçoit toute l'importance de ce fait au point de vue des indications thérapeutiques et aussi du pronostic. Beaucoup de morts rapides après l'hystérectomie doivent, sans aucun doute, être attribuées à une dégénérescence plus ou moins avancée de l'appareil rénal, dont la gravité a été subitement exagérée par l'action perturbatrice du traumatisme ;

2° L'utilité considérable de la ligature élastique dans les opérations d'ablation et de tumeur abdominale, soit qu'on s'en serve temporairement pour assurer rapidement l'hémostase durant l'opération, soit qu'on la transforme en mode définitif de ligature du pédicule en remplaçant la pièce mobile du ligateur de M. Pozzi par deux fils de soie noués à peu de distance l'un de l'autre. L. JULLIEN.

VII. — L'auteur fait la description de deux tumeurs qu'il a enlevées successivement à deux ans d'intervalle à la même femme. Ces deux tumeurs dont la première était de la grosseur d'un œuf de poule et la seconde du volume d'un poing d'adulte étaient pédiculées et s'inséraient à la surface interne de l'utérus. Elles renfermaient chacune une cavité dont le contenu était un liquide sanguinolent brun noirâtre. La partie solide des tumeurs était formée par un tissu présentant les caractères des tumeurs fibromusculaires; la paroi des cavités était tapissée par un épithélium cylindrique à cils vibratils. La présence dans les fibromes utérins de cavités kystiques pourvues d'une paroi propre est extrêmement rare. L'auteur voit dans ce fait une confirmation de la théorie de Cohnheim sur l'origine des tumeurs. H. DE BRINON.

VIII. — Femme de vingt-neuf ans, bien portante, atteinte depuis plusieurs années d'un fibrome utérin dont on avait pratiqué une fois l'extirpation partielle avec l'écraseur linéaire. Depuis cette époque, fréquentes métrorragies, qui n'empêchent pas la malade de devenir enceinte. Arrivée à son terme le 16 mai 1882 elle fait appeler l'auteur qui constate une tumeur fibreuse du volume d'une tête de fœtus, insérée sur la lèvre antérieure de l'utérus et remplissant presque complètement le canal pelvien. Avec beaucoup de difficulté on réussit à extraire par la version un enfant vivant; après quoi l'auteur, enhardi par la situation très extérieure du fibrome et par sa forme pédiculée, se risque à en faire énucléation avec les doigts; pas d'hémorragie consécutive, suites de couches normales; aucune récidive. H. BARTH.

IX. — La méthode de M. Apostoli consiste essentiellement dans l'application à l'utérus d'un courant de pile continu, et à l'état constant, sans aucune interruption pendant la séance. Le siège d'application est toujours intra-utérin et intéresse toute l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervical.

L'électrode est introduit dans toute la profondeur de la cavité utérine; sa longueur se règle sur cette dernière et la portion intra-vaginale est

isolée par un manchon de caoutchouc. Dans le cas où le col serait impénétrable et ne pourrait être atteint, on devra pénétrer dans l'utérus avec effraction, par une ponction suivie d'une galvano caustique négative destinée à faire une perte de substance durable, qui a créé un canal artificiel.

Le pôle actif intra-utérin sera positif dans tous les fibromes hémorragiques, ou qui s'accompagnent de leucorrhée rebelle; il sera négatif dans tous les cas contraires, et en particulier lorsqu'il y a une dysménorrhée intense ou une périmétrite additionnelle arrivée à sa période chronique, après la disparition de tout état aigu. Ce dernier pôle paraît activer la régression utérine plus rapidement que le précédent; il provoque souvent, au début de son application, des hémorragies salutaires que le pôle positif est ensuite destiné à réprimer, si elles se prolongent trop longtemps. La même malade pourra successivement présenter l'indication des deux pôles, suivant la symptomatologie variable qu'elle offrira.

L'intensité dépensée dans le circuit sera la plus forte possible et atteindra au besoin 100,000 ampères, l'action thérapeutique étant fonction de l'intensité. Les cas d'intolérance aux hautes doses sont rares.

La durée de l'application devra être aussi grande que la malade pourra la supporter; 5 à 8 minutes, et quelquefois 10 seront, en général, suffisantes pour donner à une cautérisation toute son intensité et son efficacité. Le nombre des séances sera variable; de 20 à 30 seront nécessaires dans la moyenne des cas.

Il importe, au plus haut degré, de rendre l'opération la plus active possible, en augmentant l'intensité électrique et, par suite, la cautérisation du pôle actif ou intra-utérin; tous les efforts du médecin doivent tendre à rendre l'autre pôle indifférent ou inactif, en supprimant à son endroit et la douleur et la cautérisation; la terre glaise remplit très bien ce but, en augmentant la surface de cette électrode et en diminuant au minimum la résistance de la peau. JULLIEN.

X. — Ce travail se termine par les *conclusions* suivantes : 1° Les injections sous-cutanées d'ergotine et les courants continus employés seuls ou simultanément font cesser presque toujours les hémorragies déterminées par la présence des corps fibreux.

2° Ces agents employés seuls ou simultanément, arrêtent, dans la majorité des cas, l'accroissement des tumeurs, amènent leur diminution et quelquefois même déterminent leur disparition complète.

3° Pour obtenir une action plus efficace et plus rapide, il faut combiner leur emploi.

4° Les injections sous-cutanées d'ergotine et les courants continus doivent être placés au premier rang des agents de la matière médicale qu'on doit employer dans la thérapeutique des corps fibreux. A. MOSSÉ.

I. — **Klinische Beiträge zur Extirpation des ganzen Uterus durch die Vagina** (De l'ablation totale de l'utérus par le vagin), par **Friedrich SCHATZ** (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft 3*).

II. — **Drei Fälle von vaginaler Totalextirpation des Uterus** (Trois cas d'extipar-

tion totale de l'utérus par la voie vaginale), par ZWEIFEL (*Centralblatt f. Gynæk.*, 28 *juin* 1884).

III. — Zur Frage der Totalextirpation des carcinomatosen Uterus im Anschluss an fünf Fälle, par Wilhem TAUFFER (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 3).

IV. — Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin, fistule de l'uretère. Néphrectomie, par Jules BŒCKEL (*Bull. Soc. chir., p.* 448, 1884).

V. — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, par A. DEMONS (*Rev. de chir., août* 1884).

VI. — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer, par J. DOCHE (*Thèse de Bordeaux*, 1884).

VII. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, par L. SAUVE (*Thèse de Paris, n°* 42, 1884).

VIII. — Two cases of extirpation of the uterus and ovaries, par John MASON (*St-Barth. hosp. Rep., p.* 111).

IX. — Case of excision of a gravid uterus with epithelioma of the cervix, par Th. SPENCER WELLS (*Medico chir. trans., LXV, p.* 25).

X. — Zur Statistik des Gebärmutterkrebses und seiner operativen Behandlung (Résultats statistiques donnés par le traitement chirurgical du cancer utérin), par HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X Heft* 2).

I. — L'auteur procède de la manière suivante : Après une désinfection convenable, l'utérus est attiré aussi près que possible de la vulve. Une incision médiane est pratiquée sur la paroi postérieure du vagin, depuis son insertion à l'utérus jusqu'à la partie la plus profonde de l'espace de Douglas. Les fausses membranes, s'il en existe, sont détachées avec le doigt. Les incisions sont toujours dirigées vers la face postérieure du col, afin d'éviter la blessure du rectum. Si le vagin est étroit, l'auteur élargit le champ opératoire par des incisions longitudinales, et au besoin en prolongeant l'incision initiale jusqu'à la vulve. Partant de l'espace de Douglas une série de sutures en chainettes est appliquée de chaque côté de l'utérus comprenant la paroi vaginale et le péritoine suivant une ligne ininterrompue. Une série des mêmes sutures est appliquée sur les ligaments larges, et par une série d'incisions pratiquée en dedans de ces sutures, l'utérus se trouve isolé sur ses parties latérales. Après avoir détaché l'utérus de la paroi vaginale antérieure et de la paroi vésicale postérieure, l'auteur réunit par une suture en chainettes le bord inférieur du péritoine de l'excavation vésico-utérine et le bord supérieur de la paroi vaginale antérieure. Par suite de la disposition des sutures, la plaie péritonéo-vaginale se trouve réduite à 5 millimètres. Après l'opération, la malade est portée dans un lit spécial dans lequel la partie supérieure du corps peut être inclinée à volonté. L'inclinaison étant à 45°, on pratique une injection phéniquée à 2 0/0, les fils de suture sont réunis dans le vagin en passant par l'incision médiane de la paroi postérieure. Aucun pansement n'est appliqué sur la plaie ; mais pendant un temps variable de 8 à 10 jours, la malade est condamnée à rester dans la position demi-assise, l'inclinaison de l rtie supérieure du corps

variant de 45 à 90° avec l'horizon. On recommande à la malade de garder son urine le plus longtemps possible, ou si le cathétérisme est nécessaire, on ne le pratique qu'à intervalles éloignés. On ne provoque des selles qu'à la fin de la première semaine. Les fils de suture sont enlevés au bout de trois semaines.

L'auteur a renoncé au pansement à l'iodoforme, à cause du danger de l'intoxication, une de ses opérées a succombé à l'intoxication. La suture péritonéale est inutile au point de vue de la contention des intestins, qui n'ont pas de tendance à s'échapper par la plaie vaginale, sauf dans des cas exceptionnels; elle n'est pas moins inutile au point de vue de l'occlusion de la cavité abdominale, la vessie suffisant dans la plupart des cas à recouvrir la perte de substance. Toutes les fois que la vessie contient au moins 500 grammes, on peut être certain qu'elle suffira à remplir la perte de substance. La suture péritonéale est non seulement inutile mais dangereuse, parce que, par le fait de la traction exercée sur le péritoine, elle tend à entr'ouvrir les mailles du tissu cellulaire lâche du bassin, et expose par conséquent aux accidents de résorption. La méthode de Bardenhecer a l'inconvénient d'agrandir la cavité de la plaie et si le réseau n'est pas enlevé à temps, elle a pour conséquence l'adhérence des anses intestinales entre elles, danger que l'on peut éviter par la méthode de l'auteur. Le drainage avec des tubes en caoutchouc est inutile dans la méthode préconisée par l'auteur. Les liquides de la cavité péritonéale dans la position demi-assise, tendent toujours à se ramasser dans l'espace de Douglas, et comme cet espace communique directement avec le vagin, rien ne gêne l'évacuation des liquides.

L'auteur insiste sur le peu de danger que présente la ligature involontaire d'un uretère. Dans la plupart des cas, l'urine reprend naturellement son cours au bout de quelques jours, et la sécrétion se faisant par l'autre rein, il n'en résulte le plus souvent aucun trouble pour la malade. Lorsque l'ablation de prolongements cancéreux entraîne l'opérateur dans le voisinage de ces canaux, il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'ouverture ou même de l'ablation d'une partie de ces canaux. Une opération consécutive permettrait de remédier à la fistule urétro-vaginale, qui en résulterait (?).

Dans certains cas, le volume considérable de l'utérus et le rétrécissement sénile des organes génitaux, peut entraîner de grandes difficultés pour l'opération. L'auteur en cite deux exemples de sa pratique personnelle.

L'auteur a pratiqué 10 fois l'ablation de l'utérus par le vagin, et il a eu 7 guérisons. Des 3 morts, l'une est due à un état d'anémie très avancé, qui existait déjà avant l'opération ; l'autre à l'intoxication par l'iodoforme, la troisième seule serait à mettre sur le compte de l'opération.

Au point de vue des résultats et des indications de l'ablation vaginale de l'utérus, il faut distinguer les opérations pratiquées :

1° Pour des affections utérines, non malignes (prolapsus, fibrome). 7 cas en tout ont été publiés, dont 1 appartient à l'auteur : le prolapsus ne doit jamais être considéré comme indication;

2° Pour carcinome ou sarcome du corps utérin, c'est une des meilleures indications, mais elle est assez rare. L'auteur n'a rencontré le carcinome du corps que dans la proportion de 2,5 0/0 de tous les cas de

cancers des organes génitaux, et de 0,4 0/00 des affections gynécologiques. Une des opérées de l'auteur n'a pas eu de récidive depuis un an et demi;

3° Pour carcinomes et sarcomes du col et du corps (7,5 0/0 de tous les cas de cancers des organes génitaux et 1,2 0/00 de toutes les affections gynécologiques observées par l'auteur). Résultat en général moins heureux, parce que les malades se présentent trop tard;

4° Pour carcinome de la muqueuse du col (10 0/0 des cancers des organes génitaux et 1,6 0/00 des affections gynécologiques). Pronostic au point de vue de la récidive très favorable;

5° Pour carcinome de la paroi du col (27,5 0/0 des cancers des organes génitaux et 4,4 0/00 des affections gynécologiques). Récidive fréquente en raison de la difficulté d'enlever tout ce qui est malade;

6° Pour carcinome de la portion vaginale (43,75 0/0 des cancers des organes génitaux et 6,8 0/00 des affections gynécologiques). L'amputation est préférable à l'ablation totale, lorsqu'elle permet d'enlever tout ce qui est malade.

H. DE BRINON.

II. — Zweifel rend compte de trois extirpations totales de l'utérus qu'il a pratiquées, et décrit le procédé qu'il a suivi et qu'il préconise pour faire cette opération par la voie vaginale :

L'utérus étant circulairement détaché de son insertion vaginale, on va avec deux doigts à sa recherche; on le ramène soit en faisant basculer en arrière (procédé de Schröder), soit en avant (procédé de Czerny), soit en l'attirant directement en bas (procédé de Billroth).

Ceci fait, la majorité des opérateurs conseille de pratiquer la ligature en masse des ligaments larges. Zweifel est complètement opposé à cette ligature en masse ; elle permet d'accomplir l'opération plus rapidement, mais elle expose aux hémorragies et compromet en conséquence gravement l'existence de la femme. — La ligature partielle à étages, comme l'appelle l'auteur, est bien préférable et voici comment on peut la pratiquer. L'utérus ayant été préalablement renversé en arrière ou en avant, et le fond étant attiré au dehors, avec une aiguille montée courbe, on perfore le ligament large dans sa partie supérieure c'est-à-dire au voisinage de la trompe, un premier fil étant passé de la sorte, avant de retirer l'aiguille, on passe un second fil dans le trou de l'aiguille. Celle-ci retirée deux fils se trouvent passés dans le même orifice.— On lie ensemble les deux fils supérieurs et on sectionne la partie des ligaments larges qu'ils enserrent. Un des chefs du fil resté libre est passé à travers les tissus au-dessous de la première plaie, et comme précédemment en retirant l'aiguille on fait passer un troisième fil. Le second est lié, et la portion de tissu à laquelle il correspond est sectionnée — on continue de même pour le troisième fil et les suivants, jusqu'à ce que les ligaments larges soient liés et séparés de l'utérus dans toute leur hauteur.

On procède de même pour les deux ligaments, et on a de la sorte tous les vaisseaux enserrés dans une série de ligatures solides, qui rendent impossible tout écoulement de sang.

AUVARD.

III. — L'auteur a pratiqué cinq fois l'ablation totale de l'utérus atteint de carcinome. La première opérée a été emportée par la septicémie, les quatre autres ont guéri et ne présentent pas d'apparence de récidive.

Pour l'auteur le succès de l'opération réside :

1° Dans le choix des cas opérables. Il considère l'ablation totale comme nécessaire, toutes les fois que le canal est atteint. Tant que le canal n'est pas atteint l'amputation supravaginale peut suffire. Il n'indique pas quelle est la limite de développement du cancer devant laquelle il s'arrête; il se contente de dire qu'il n'étend pas les indications aussi loin que Schatz;

2° Dans l'emploi de moyens capables d'éviter l'autoinfection pendant l'opération. Le contact des tissus dégénérés avec les tissus incisés et avec le péritoine constitue un des plus grands dangers de l'opération; c'est à ce contact que l'auteur attribue son premier cas de septicémie. Pour éviter ce contact, l'auteur fait précéder l'opération d'un traitement préparatoire (raclage, cautérisations) qui a pour but de détruire les surfaces ulcérées et de les remplacer par une plaie granuleuse : ce traitement dont la durée peut être d'une ou deux semaines permet en même temps de relever l'état général de la malade par des moyens appropriés.

La pratique de l'opération a conduit l'auteur à introduire quelques modifications dans la technique; la principale a pour but de faciliter le renversement de l'utérus. Après avoir isolé le col et ouvert l'espace de Douglas, l'auteur applique une ou deux ligatures solides sur la base de chaque ligament large, et incise cette base entre le col et la ligature à l'aide des ciseaux. Le renversement s'opère alors beaucoup plus facilement. L'auteur pratique l'oblitération de la cavité péritonéale et emploie comme pansement l'ouate iodoformée à 10 0/0. H. DE BRINON.

IV. — La malade était dans un état de santé apparente très satisfaisant, les culs-de-sac bien libres ; elle portait seulement un gros choufleur encore résistant au centre duquel on sentait l'orifice utérin qui donnait l'impression d'une ulcération cratériforme. L'*hystérotomie* par le vagin fut pratiquée le 26 octobre 1882.

L'opération fut relativement facile. Une grosse traînée lymphatique avait pourtant dû être poursuivie dans l'angle gauche de la plaie.

La guérison fut simple, mais bientôt on s'aperçut d'un suintement urinaire dans la plaie dont l'angle gauche était incrusté de sels calcaires. Plus de doutes, l'uretère gauche avait été sectionné. On y remédia par la *néphrectomie* qui fut exécutée le 27 novembre 1882. Le rein extirpé était parfaitement sain; la cicatrisation fut rapide.

Mais la récidive ne devait pas se faire attendre, la malheureuse opérée succomba le 20 mai avec un développement considérable du néoplasme dans les ganglions abdominaux. JULLIEN.

V. — D'après l'auteur l'opération peut être proposée pour toute maladie chronique de l'utérus : 1° si cette maladie menace à coup sûr la vie; 2° si le chirurgien a la certitude qu'un autre moyen ou une autre opération ne peuvent amener la guérison ; 3° si l'ablation complète des parties malades est possible par cette voie sans blessure des organes voisins; 4° s'il n'existe aucun état cachectique ou aucune autre maladie mortelle dans un temps donné.

En dehors de certaines variétés de corps fibreux, dont le volume ne serait pas un obstacle à l'extirpation de l'organe par le vagin, c'est surtout pour le cancer que l'on a mis en pratique cette opération.

Après quelques considérations pratiques donnant une connaissance

complète de l'état de l'utérus cancéreux, des rapports qu'il affecte avec les parties voisines, et de l'état général de la malade, M. Demons regarde l'opération indiquée, lorsque, par les procédés ordinaires, l'excision du col n'est pas possible ; elle est contre-indiquée s'il ne paraît pas possible ou prudent d'enlever tout le mal.

Sur soixante-quatre opérations de cette nature, Schröder n'a eu que huit morts ; inutile d'ajouter que les récidives ont été constantes à époques plus ou moins rapprochées.

En quelques pages, l'auteur insiste sur le manuel opératoire et les soins consécutifs, puis il discute les résultats et la valeur de l'opération, d'après un relevé de 133 cas. Celle-ci ne doit être pratiquée que lorsque l'ablation du col est insuffisante, et, suivant l'auteur, elle donnerait de meilleurs résultats que le traitement chirurgical palliatif, tels que les cautérisations et le raclage des fongosités, etc.

Malgré les difficultés que rencontre l'opérateur, et les lésions qui, quelquefois, ont été signalées sur la vessie, l'uretère et l'intestin, la kolpohystérectomie, d'après M. Demons, sans mériter d'être prônée avec une folle ardeur, est appelée à rendre quelques services. OZENNE.

VI.— L'auteur, élève de Demons, a assisté à 7 opérations d'extirpation totale de l'utérus par le vagin pratiquées à Bordeaux et s'est livré à d'intéressantes recherches anatomiques sur le *modus faciendi* de l'opération.

Au point de vue des indications, il pose en principe l'amputation totale toutes les fois qu'il y a cancer, mais il repousse l'intervention quand l'utérus est fortement immobilisé dans le tissu inflammatoire et quand il y a participation de la vessie ou du rectum.

D'après la statistique de l'auteur, l'opération a donné jusqu'à ce jour 74 guérisons sur 109 cas (32, 1 0/0 de mortalité), tandis que l'opération de Freund n'a donné que 24 guérisons sur 94 cas (Olshausen), soit 75 0/0 de mortalité. L'hystérectomie vaginale est donc infiniment supérieure à la laparo-hystérectomie. La moyenne de la survie sans récidive est de 11 mois 1/2 (Sänger). Suivent les 7 observations de Bordeaux, dont 4 de Demons (2 morts), 2 de Dudon (1 mort) et 1 de Mandillon. L'une des opérées de Dudon était encore indemne 16 mois après l'opération.

VII. — Comme le précédent, ce travail est un plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale ; les matériaux en sont tirés en totalité des revues de Schwartz et de Polaillon et des mémoires de Bœckel et de Demons. L'auteur ne semble pas favorable au drainage et conseille simplement de suturer ; il publie une statistique moins complète que la précédente. DE SANTI.

VIII. — 1° femme de 34 ans, atteinte de pertes utérines depuis 15 mois : développement rapide d'un épithéliome ulcéré du col, envahissant le vagin sur une portion circonscrite du cul-de-sac antérieur : utérus sain, parfaitement mobile. En raison de l'impossibilité d'extirper le col isolément, on décide l'ablation de l'utérus.

L'opération est faite le 29 décembre avec les précautions antiseptiques usitées. Préalablement, un ballon de caoutchouc est introduit dans le rectum pour le distendre et refouler l'utérus au-dessus du pubis. L'incision abdominale s'étend presque de l'ombilic au pubis.

Une suture est immédiatement pratiquée à l'angle inférieur de la plaie, pour fixer le repli vésico-péritonéal ; trois autres points de suture sont appliqués à la base des ligaments larges, pour les séparer de l'utérus sans hémorra-

gie. Puis les ligaments larges sont saisis et comprimés avec une large pince. Cela fait, l'utérus et les ovaires sont sectionnés en dedans du clamp et des ligatures. La paroi abdominale est suturée, et le vagin laissé librement ouvert. — Pansement habituel des ovariotomies. La malade meurt le 3e jour de péritonite.

2° Il s'agit également d'une femme de 34 ans, atteinte d'épithélioma végétant du col, et pour laquelle une opération radicale fut jugée nécessaire. Cette fois, l'auteur préféra l'ablation par la voie vaginale, qui fut beaucoup moins pénible et bien plus facile que dans le cas précédent. La mort survint 48 heures après l'opération.

IX. — La malade dont il s'agit, âgée de 37 ans, enceinte de 6 mois environ, était atteinte d'épithélioma du col de l'utérus. Tout d'abord, il semblait permis d'espérer que l'extirpation du col suffirait, et que la grossesse pourrait continuer son cours; mais les progrès du mal furent si rapides, et les douleurs étaient telles, que l'on résolut de pratiquer l'extirpation totale de l'utérus.

Anesthésie avec le bichlorure de méthylène, opération faite sous le spray phéniqué.

La paroi abdominale, une fois incisée, l'utérus apparaît avec les dimensions d'une tête d'adulte. Quatre sutures sont introduites au sommet de la plaie, pour maintenir une grosse éponge destinée à empêcher l'issue des intestins. Les ovaires sont très près du fond de l'utérus, et il est facile de lier les artères ovariques en traversant les ligaments larges et en les liant en masse. Cela fait, sur la sonde comme conducteur, on dissèque la vessie pour la séparer de l'utérus. Dans cette manœuvre, la paroi utérine est ouverte et donne issue à l'amnios, que l'on ponctionne et qui laisse échapper le liquide amniotique. Le fœtus est extrait, le cordon coupé, le placenta laissé dans l'utérus. Après cela, on sépare les attaches de l'utérus et du vagin circulairement, en éteignant, par le forcipressure, tous les vaisseaux qui donnent du sang. Une fois l'utérus enlevé, les artères sont toutes liées soigneusement avec le catgut, le bassin épongé, et la paroi abdominale suturée comme après l'ovariotomie. L'opération a duré 1 heure 20 minutes.

L'examen de la tumeur du col montre un papillome passant à l'épithéliome, tumeur maligne assurément, mais ayant peu de tendance à récidiver après une ablation complète.

Suite de l'opération régulière. Beaucoup de faiblesse les premiers jours, un peu de fièvre. 8 jours après l'opération, vomissements et diarrhée, dus à ce que les sutures avaient cédé et que la plaie s'était entr'ouverte. Après chloroformisation, on réapplique les sutures, et tout rentre dans l'ordre. 28 jours après l'opération, la malade est guérie. H. R.

X. — Du 1er avril 1876 au 1er janvier 1884, 812 malades affectées de cancer utérin ont été traitées, savoir 603 à la policlinique de Berlin et 209 dans la pratique privée de Schröder; 367 fois, on a pu préciser le point de départ de la lésion, 236 fois le cancer avait pris naissance sur la portion vaginale; 181 fois dans le canal et 28 fois dans le corps. Dans la plupart des cas, le diagnostic clinique a été confirmé par le microscope, soit avant soit après l'opération.

Différents points de l'histoire du cancer utérin sont mis en lumière par cette statistique.

Telle est:

1° L'influence du milieu social. Le cancer utérin est plus fréquent à la policlinique (3,6 0/0 de toutes les affections gynécologiques), que dans la clientèle privée : (2,18 0/0). C'est l'inverse pour le fibrome utérin : la

proportion est de 1,9 0/0 à la policlinique contre 5,7 0/0 dans la pratique privée.

2° L'influence des grossesses. La proportion des multipares n'est que de 4,8 0/0. Chez les malades atteintes de fibromes, la proportion des multipares est beaucoup plus importante (32 0/0). La fréquence des accouchements ainsi que l'a déjà fait ressortir Gusserow, prédispose au cancer utérin: ainsi parmi les malades de Schrœder, la moyenne des accouchements pour chaque femme est de 5,02, et il n'y a pas moins de 76 femmes comptant plus de dix accouchements.

3° L'âge moyen, pour le carcinome de la muqueuse du col, est de 47 ans et pour le carcinome de la portion vaginale de 42 ans. Le carcinome de la muqueuse du col se montre tardivement, souvent de longues années après la ménopause. L'âge moyen, pour le carcinome du corps, est de 54 ans, 5/10. Sur les 812 cancers, 160 cas, soit 19 0/0 ont subi l'opération en vue d'une guérison radicale. A l'exception de 9 ablations totales et de 11 amputations supravaginales, toutes ces opérations ont été pratiquées par Schrœder. La mortalité a été de 19 0/0: savoir sur 105 amputations, 13 morts; sur 8 opérations de Freund 5 morts; sur 34 ablations par la voie vaginale, 9 morts, sur 13 amputations supravaginales par laparotomies 4 morts, en tout 31 morts.

Des 17 opérées pour carcinomes du corps, 6 ont succombé aux suites de l'opération, 3 ont été emportées par une récidive dans le cours de la première année; 4 n'ont pas eu de récidive depuis 2 ans et 2 depuis 5 ans. Des 19 carcinomes du canal cervical qui ont été traitées par l'ablation totale, 2 seulement paraissent à l'abri des récidives; pour l'une l'opération remonte à 3 ans, pour l'autre à 4 ans. Parmi les autres il y a 7 récidives dans le cours de la première année et une 2 ans et demi après l'opération; 7 carcinomes du canal cervical ont subi avec succès l'amputation supravaginale. 1 cas reste douteux au point de vue de la récidive; 4 ont récidivé dans les premiers mois; 2 n'ont pas eu de récidive, l'un depuis 2 ans, l'autre depuis 4 ans.

85 carcinomes de la portion vaginale sur 96 ont survécu à l'amputation vaginale ou supra-vaginale, 26 sont douteux; 23 ont récidivé dans les six premiers mois, 5 dans les six derniers mois de la première année; 4 dans la seconde année; 1 dans la troisième année. A la fin de la troisième année 12 malades, qui avaient pu être suivies étaient encore indemnes de récidive, 4 seulement peuvent être considérées comme définitivement guéries, l'opération remontant au delà de 4 ans.

8 malades atteintes de carcinomes de la portion vaginale ont subi l'ablation totale: 7 ont survécu, une seule était encore sûrement indemne de récidive 1,4 mois après l'opération 3 avaient une récidive; 3 ont été perdues de vue.

En résumé, des 129 opérées avec succès, 28 soit 21 0/0 étaient encore sans récidive à la fin de la deuxième année. Ces 28 malades ne peuvent être considérées comme à l'abri de la récidive, puisqu'il y a eu encore 4 cas de récidive de 2 ans à 3 ans et demi après l'opération. Ces résultats sont un peu inférieurs à ceux de la clinique de Vienne, où sur 126 opérées avec succès, 31 étaient encore sans récidive à la fin de la deuxième année (Pawlick). Quelque imparfaits qu'ils soient, ils ne doivent pas faire abandonner l'espoir d'arriver à la guérison radicale du cancer. Mais la rapidité

des récidives, qui se produisent dans un grand nombre de cas, doit rendre plus réservé sur le choix des indications de l'opération radicale : dans tous les cas douteux c'est au traitement palliatif (raclage et cautérisation) qu'il faut recourir. Quant à l'opération radicale, l'incision dans les tissus sains, suivie de la cautérisation actuelle ce sont, pour l'auteur, les conditions essentielles du succès. H. DE BRINON.

OBSTÉTRIQUE.

Was heisst « unteres Uterinsegment » ? (Que doit-on appeler segment inférieur de l'utérus ?) par LAHS (*Archiv für Gynækologie, Bd. XXIII, H. 2*).

L'auteur appelle segment inférieur de l'utérus la partie de l'utérus qui, à la fin de la grossesse et au commencement de l'accouchement se trouve au-dessous du détroit supérieur ou le recouvre. Cette partie est limitée en haut par une saillie interne circulaire de la paroi utérine, saillie qui a reçu les noms de cercle de contraction de Schrœder, orifice interne mécanique ou clinique, orifice interne de Braun, orifice interne réel de Bandl et de Küstner. L'auteur trouve ces dénominations défectueuses et propose de leur substituer celle de rétrécissement du détroit supérieur. La saillie circulaire qui se produit au niveau du détroit supérieur à la face interne de l'utérus n'est autre chose qu'un épaississement de la paroi utérine d'origine mécanique et dont le point de départ est le détroit supérieur. Toute la partie de l'utérus située au-dessous est notablement plus mince que la partie supérieure et forme un segment dont la courbure diffère de celle du segment supérieur.

La portion vaginale et le canal cervical avec leurs limites, l'orifice interne et le cercle de Müller ne sont que des portions du segment inférieur de l'utérus. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le canal cervical à la fin de la grossesse n'est que le segment inférieur du canal cervical de l'organe non gravide, et que le cercle de Müller ne se confond pas avec l'orifice interne de l'utérus en dehors de la gestation.

Les dénominations de col et de canal utérin doivent être mises de côté pour l'utérus gravide, parce que les recherches anatomiques relatives aux changements que subissent ces parties pendant la grossesse et l'accouchement sont encore trop insuffisantes.

(Voir *R. S. M.*, XVI, p. 205 à 208; XVII, p. 626.) H. DE BRINON.

Sur une disposition particulière des petites lèvres chez la femme et sur quelques conséquences qui peuvent en résulter, par BUDIN (*Progrès médical, 3 mai* 1884).

Chez un certain nombre de femmes, les petites lèvres au lieu de s'arrêter à peu près au milieu de la vulve, se prolongent en arrière et se recourbent vers la ligne médiane où elles viennent se rejoindre; elles constituent alors la fourchette. L'auteur a rencontré cette disposition chez

plusieurs femmes blanches, et chez une négresse. — Les petites lèvres ainsi disposées et très élastiques chez quelques femmes se laissent distendre d'une façon exagérée lorsque la partie fœtale, poussée par les contractions utérines, est pour se dégager; le périnée semble s'allonger démesurément, et coiffe la tête en arrière; dans quelques cas elles permettent la sortie du fœtus sans se rompre en aucun point, d'autres fois, l'orifice vaginal se déchire en un ou plusieurs endroits au moment de l'accouchement, surtout en arrière sur la ligne médiane ; la déchirure s'étend à la fosse naviculaire à la fourchette et peut gagner le périnée. L'auteur rapporte en détail l'observation d'une femme chez qui les petites lèvres formaient un anneau complet et se réunissaient pour constituer la fourchette. — Au moment de l'expulsion du fœtus la petite lèvre gauche s'était détachée au niveau de son insertion au clitoris, avait été décollée de haut en bas, et le décollement s'était même continué sur la petite lèvre droite, de bas en haut; la lèvre formait un lambeau violacé qui tomba au bout de huit jours, et la cicatrisation se fit rapidement sans accident.

H. L.

Recherches sur l'état du cœur à la fin de la grossesse, par BOURGOUGNON (*Thèse de Paris*, 1884).

L'existence de l'hypertrophie temporaire du ventricule gauche paraissait l'une des notions les plus solidement acquises et cependant les recherches les plus récentes viennent en contester la réalité. L'auteur confirme les résultats obtenus par plusieurs auteurs de l'accroissement de la matité précordiale. Se basant sur les procédés plessimétriques de M. Peter et graphiques de M. Constantin Paul, il a pu fournir des détails sur quelques points peu connus de cette question. Le foie est notablement plus élevé pendant la grossesse, et c'est un élément dont il faut tenir compte dans l'interprétation des signes fournis par la percussion de la région précordiale. La longueur du bord droit du cœur augmente de plusieurs centimètres pendant la grossesse, elle augmente encore davantage immédiatement après l'accouchement et revient à la normale dans le second septenaire des couches ; les dimensions transversales du cœur augmentées pendant la grossesse, revenues à la normale après les couches, ne sont pas accrues après l'accouchement. Ces notions indiquent que l'augmentation de la matité précordiale n'est pas certainement due à l'hypertrophie du cœur, mais peut-être à la dilatation des cavités droites. On peut d'ailleurs se convaincre à l'aide d'un procédé plessimétrique que l'augmentation observée après l'accouchement est due à la dilatation de l'oreillette droite. Les souffles, fréquents pendant la grossesse, qui disparaissent souvent pendant les couches, donnent encore des arguments en faveur de la dilatation du cœur. L'auteur conclut, comme nous l'avions fait nous-même (Voy. *R. S. M.* XVIII, 570), que l'hypertrophie du cœur n'est pas constante pendant la grossesse, que dans certains cas, c'est la dilatation du cœur qui existe. Il pense que c'est l'oreillette droite qui fait les frais de cette dilatation.

Mais pourquoi dans certains cas l'hypertrophie du cœur? Pourquoi dans d'autres cas, la dilatation du cœur? Il se refuse à admettre la relation de la dilatation du cœur et des troubles gastriques, indiquée par

M. Potain et M. Rendu. La réponse à ces questions est donc encore à trouver. PORAK.

Du bassin infantile considéré au point de vue de la forme du détroit supérieur et du rapport de ses diamètres, par TURQUET (*Thèse de Paris*, 1884).

On admet généralement que chez les nouveau-nés et chez les enfants le diamètre transverse du bassin est plus petit que son diamètre antéro-postérieur, contrairement à ce qui est observé chez l'adulte. Il résulte des nombreuses recherches de l'auteur que cette donnée n'est pas exacte, ou du moins qu'elle n'est exacte que sur le bassin desséché. Sur le bassin frais le diamètre transverse est toujours plus grand que le diamètre antéro-postérieur, mais pas dans les proportions où on l'observe dans l'adolescence. Cette prédominance de diamètre transverse est manifeste dans la vie intra-utérine aussi bien chez les garçons que chez les filles. Dans les premiers mois de la vie, elle subit une légère diminution chez les filles tandis qu'elle augmente chez les garçons jusqu'à l'âge de cinq ans. De nombreuses différences individuelles rendent l'appréciation de ses modifications difficile dans les deux sexes de cinq à dix ans. A partir de cet âge, la prédominance de diamètre transverse s'accuse surtout chez les filles et est d'autant plus marquée que celles-ci augmentent en âge. La forme du détroit supérieur varie suivant les sexes ; elle est un peu triangulaire chez les garçons, plutôt ovale transversalement chez les filles. On peut considérer comme exceptionnel que dans l'état normal le diamètre transverse soit dans le bassin infantile plus petit que le diamètre antéro-postérieur. C'est une disposition que l'on rencontre souvent dans les bassins de syphilitiques et de tuberculeux. Le rachitisme détermine plutôt un rétrécissement d'avant en arrière. Cette déformation n'apparaît que vers deux ou trois ans et coïncide le plus souvent avec une forme grave et générale de l'affection. L'auteur obtient ses conclusions à l'aide des empreintes faites sur le bassin avec des lames de plomb et par le tracé pelvigraphique de ces empreintes provenant de bassins d'enfants de différents âges. Malgré les incertitudes de ce procédé, il présente plus de garantie lorsqu'il reproduit la forme des surfaces solides, tels que les os du bassin. PORAK.

De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées, par COURTADE (*Arch. de tocologie, juin et suiv.*, 1884).

Cette question a été l'objet de mémoires nombreux à l'étranger dans ces derniers temps. Mais la bibliographie française récente est peu étendue. L'auteur a compulsé les registres de la clinique d'accouchement et a pu ainsi réunir 303 observations de primipares âgées de plus de 28 ans. Etait-ce bien des primipares? C'est l'objection qu'on pourrait faire à ce travail et aux travaux étrangers sur ce point.

M. Courtade considère comme primipares âgées, celles qui ont dépassé l'âge de 28 ans. Il y a évidemment deux éléments dont il faudrait nettement déterminer l'influence : la primiparité et l'âge. Une première difficulté pour apprécier cette influence est que l'on rencontre chez les primipares âgées une proportion beaucoup plus considérable de vices de

conformation du bassin, de conditions morbides des organes de la génération : fibrome, polype, kystes des ligaments larges et de l'ovaire qui entraînent un certain nombre de complications non directement en rapport avec ces éléments de la primiparité et de l'âge. On peut en effet y rapporter en partie la fréquence des présentations vicieuses de l'enfant, des interventions obstétricales opératoires, de la mortalité chez les mères et les enfants.

Les malaises et les complications de la grossesse sont beaucoup plus communs. Il faut accorder une mention spéciale aux vomissements répétés ou dits incoercibles, à l'œdème simple ou lié à l'albuminurie, à l'éclampsie. On n'est pas d'accord sur l'influence de cet état sur les hémorragies. L'insertion vicieuse paraît cependant y avoir été constatée plus fréquemment.

Le travail est surtout notablement allongé ; cette durée plus longue du travail résulte de l'affaiblissement et de l'éloignement des contractions utérines, mais surtout de la rigidité des parties molles. Cette rigidité porte aussi bien sur le col, que sur le vagin et sur le périnée. Elle a nécessité dans maintes circonstances le débridement du col; elle a occasionné souvent des déchirures du périnée. Les complications de la délivrance sont plus souvent observées.

On a mentionné la plus grande fréquence des naissances de garçons chez les primipares âgées. Ce résultat est, en effet, confirmé par presque toutes les statistiques, mais la différence entre les naissances des garçons et celles des filles est si faible qu'il n'y a vraiment pas lieu d'y attacher une bien grande importance. PORAK.

I. — Etude sur les lochies dans l'état normal et les états pathologiques, par EUSTACHE (*Arch. de tocologie, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre, décembre*, 1883).

II. — Les lochies et les organismes inférieurs, par DOLÉRIS (*Ann. de gyn., février et mars* 1884).

I. — M. Eustache, dans une très longue étude, résume les notions d'ailleurs très connues sur les qualités des lochies à l'état normal et dans les complications des couches.

Il s'efforce de concilier la doctrine de la panspermie, soutenue par M. Pasteur et la doctrine du mycrozyma défendue par M. Béchamp. Il cherche à concilier la pathogénie de la fièvre puerpérale par hétérogénie qui résulte de la première doctrine de celle par autogénie, conséquence de la seconde doctrine.

II. — M. Doléris dans une riposte un peu vive défend les conclusions qu'il a soutenues dans sa thèse inaugurale sur la fièvre puerpérale et les organismes inférieurs ; il n'a pas de peine à montrer que les deux doctrines de la panspermie et du microzyma sont inconciliables. PORAK.

De l'insertion vélamenteuse du cordon, par BESSIÈRE (*Thèse de Paris*, 1884).

Contrairement à l'opinion générale, l'insertion vélamenteuse du cordon ne constitue pas une disposition anatomique très rare ; on la rencontre à peu près 1 fois sur 100 ou 200 accouchements ; elle est beaucoup plus

fréquente dans les grossesses gémellaires. L'auteur ne prend pas parti pour l'une des théories émises au sujet du développement à cette anomalie ; il se borne à exposer les opinions de Hüter et de Schultze. La disposition anatomique de l'insertion vélamenteuse est bien connue. Au point de vue de la symptomatologie, les observations publiées n'ont presque jusqu'à ce jour été que la relation de complications spéciales : hydramnios, rupture prématurée des membranes, accouchement avant terme, rupture des vaisseaux ombilicaux avant l'accouchement amenant la mort de l'enfant. Il semblerait par la compulsion de ces faits, que le pronostic de l'insertion vélamenteuse dût être grave. Il n'en est rien, et l'auteur rapporte cinq observations dont l'intérêt réside dans l'absence de toute complication. Dans chaque cas, l'accouchement s'est fait à terme et n'a présenté aucune particularité inquiétante. Dans une de ces observations, l'insertion n'était pas seulement vélamenteuse, mais le placenta présentait encore un lobe supplémentaire (placenta succenturié). Il n'est pas impossible au toucher des membranes pendant le travail de reconnaître les pulsations fœtales et par conséquent de faire avant l'accouchement le diagnostic de l'insertion vélamenteuse du cordon. On conçoit que s'il y a déchirure des vaisseaux, il y ait lieu d'intervenir rapidement. C'est le seul moyen de sauver l'existence d'un enfant, qui, autrement, serait fatalement compromise. PORAK.

Albuminurie des femmes grosses, par DOLÉRIS (*Société de biologie*, 21 *juillet* 1883).

M. Doléris a trouvé dans l'urine des femmes atteintes d'albuminurie grave, pouvant se terminer par des accès éclamptiques, un organisme constitué par de très longues chaînes noduleuses, composées de très courts segments bacillaires. Cet organisme est cultivable dans l'étuve. Injecté à des animaux, il produit des accidents graves et la mort, mais l'autopsie ne révèle jamais dans ces cas les lésions septicémiques, on trouve seulement des lésions rénales, et l'urine contient de l'albumine en proportion notable.

Au point de vue de la pathogénie, il faut donc distinguer l'albuminurie simple, peu grave de la grossesse, de l'albuminurie entraînant un pronostic beaucoup plus sérieux. Cette variété trouverait mieux sa place à côté de certaines affections de la grossesse : ictère, pneumonie, etc. Ce serait des infections qui permettraient de concevoir d'une façon toute particulière l'état puerpéral.

Cette pathogénie fournirait mieux l'explication du caractère épidémique de l'affection, de l'influence de certaines saisons, de certaines prédispositions sur sa production. PORAK.

Fall von Schwangerschaft bei Uterus septus (Un cas de grossesse dans un utérus bifide), par P. RUGE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

Le cloisonnement de l'utérus ne paraît pas avoir, d'après les faits connus, une influence sur la conception, ni sur la durée de la grossesse. L'influence de cette malformation ne porte habituellement que sur l'ac-

couchement et sur les suites de couches : elle prédispose à l'irrégularité des douleurs, à la rétention du placenta, aux hémorragies. Cependant, dans un cas recueilli par l'auteur, la présence de la cloison paraît avoir été cause d'avortement, et sa destruction a permis le développement régulier d'une grossesse.

Il s'agit d'une femme de 28 ans. Le 28 janvier 1881, avortement au sixième mois d'une première grossesse, sans cause appréciable. L'œuf était développé dans la moitié droite. Le 11 avril 1882, nouvel avortement, sans cause connue, et malgré les précautions qui avaient été prises à la suite de deux hémorragies survenues dans le cours de la grossesse, l'œuf était encore développé dans la moitié droite. Un mois environ après, la cloison est incisée et enlevée par le professeur Schrœder, sur le conseil de J. Veit. Bientôt, nouvelle grossesse, qui, cette fois, arrive à terme, accouchement spontané, le 20 mars 1883, d'un enfant vivant pesant 6 livres. H. DE BRINON.

Tod bedingt durch Eindringen von Luft in die Venen des Uterus (Mort causée par l'entrée de l'air dans les veines de l'utérus), par BRAUN (*Wien. med. Woch.*, *n°* 27, 1883).

On connaît un certain nombre d'exemples de mort brusque survenue à la suite d'injections intra-utérines et qu'on a pu rapporter à la pénétration de l'air dans les veines béantes de l'utérus. Tel est le cas d'Olshausen, qui a vu succomber dans ces conditions une accouchée ; tel est le cas de Litzmann, qui avait voulu déterminer l'accouchement prématuré chez une femme atteinte de rétrécissement du bassin, au moyen de la douche utérine ; tels sont les cas de Duvernoy, de G. May, de Gunz et de plusieurs autres. Il est facile d'expliquer dans ces faits le mécanisme de l'entrée de l'air.

Le fait de Braun est d'une interprétation moins simple, puisque l'auteur n'a fait usage ni de cathéter, ni d'injecteur; il faut attribuer les accidents à la progression de l'air qui, pendant les manœuvres de l'accouchement, s'était accumulé dans le vagin.

Femme de 25 ans, secundipare, bien portante, accouchant à terme le 25 avril 1883. Le travail est court ; l'enfant pèse 2,350 grammes, il a une longueur de 46 centimètres. Immédiatement après l'issue du fœtus, la parturiente qui était dans le décubitus latéral gauche est placée sur le dos et l'on pratique le massage de l'utérus. Le placenta est rapidement expulsé; il s'écoule à peu près 300 grammes de sang.

Mais tout à coup la femme se cyanose, vomit des masses muqueuses, et après quelques secousses convulsives, tombe dans le collapsus. L'assistant accourt, il trouve le pouls filiforme, la respiration très affaiblie, l'utérus relâché ; le sang qui s'écoule est noir, veineux. Malgré la ligature des extrémités avec la bande d'Esmarch, malgré les injections d'éther, la paralysie du cœur devient bientôt complète et la mort arrive rapidement.

La quantité de sang perdue ne dépassant pas 800 grammes, il est impossible d'attribuer la mort à l'hémorragie.

Autopsie faite au bout de vingt heures. Pâleur des viscères : rein, foie, estomac, intestins, poumons. Le parenchyme pulmonaire contient de l'air, il est le siège d'un léger œdème. Le cœur est mou; le ventricule gauche contient un peu de sang fluide; sur la mitrale et sur les valvules aortiques existent de petites excroissances molles. Le ventricule droit contient du sang mousseux. Légère péricardite.

Les veines du cœur, jusque dans leurs plus fines ramifications, sont

remplies de fines bulles d'air, faciles à refouler. On trouve dans toutes les veines du cou un grand nombre de bulles assez grosses.

L'utérus, plus gros qu'une tête d'enfant, présente des parois lâches, un canal cervical élargi : dans la cavité, des caillots volumineux. A la paroi postérieure adhèrent quelques restes de membranes. Sur cette paroi et sur le fond de l'utérus était inséré le placenta. En comprimant légèrement ces régions, on a une sensation de crépitation fine et sous l'eau on voit un grand nombre de fines bulles d'air s'échapper du tissu utérin. Quand on pratique des sections sur ces points, on voit de plus grosses bulles sortir des veines profondes. Les parois des régions voisines du col et du col lui-même ne paraissent pas contenir d'air.

Les veines des ligaments larges, les veines ovariennes, la cave inférieure ne contiennent que du sang fluide.

L'auteur pense, avec Olshausen, que certains cas de collapsus *post partum* suivi de mort, de cause inconnue, doivent être attribués à l'entrée de l'air dans les veines de l'utérus. Cet accident serait plus fréquent qu'on ne le pense d'habitude. L. GALLIARD.

A contribution to the anatomy and etiology of rupture of the peritoneal portion of the vagina during labour, par Berry HART (*Edinb. med. journ., p.* 1, *juillet* 1883).

Voici les conclusions de ce mémoire :

1. Pendant le travail, les muscles utérins exercent une tension directe de bas en haut, sur le col utérin et le plancher pelvien.

2. La tête du fœtus agit, au contraire, pour dilater le col et le plancher pelvien, la force de dilatation agissant à angle droit par rapport au grand axe du col et du vagin.

3. Les parois vaginales sont construites de façon à supporter une tension longitudinale en même temps qu'une disjonction excentrique. Les rugosités de la muqueuse lui permettent une ampliation considérable.

4. La paroi vaginale antérieure, intimement soudée avec l'urètre et le vagin, constitue la portion résistante du vagin.

5. La paroi postérieure au contraire est relativement faible, surtout dans sa moitié supérieure et c'est elle qui précisément se trouve la plus distendue pendant le travail.

Il s'ensuit que la rupture du vagin se rencontre de préférence au point où la paroi vaginale postérieure est recouverte par le péritoine : et quand cet accident se présente, le col utérin est simultanément rupturé. H. R.

Des applications de forceps dans les variétés postérieures du sommet et de la face, par LOVIOT (*Ann. de gyn., octobre* 1884).

Lorsque l'occiput ou le menton regardent en arrière dans les présentations du sommet ou de la face et qu'il est nécessaire de faire une application de forceps, il faut, après que la rotation de la tête a été exécutée, la dégager en faisant une seconde application de l'instrument, ou en une seule application, la convexité des cuillers regardant alors en avant. Cette manière d'opérer semble défectueuse à l'auteur. Il conseille de ré-

duire avec la main la position postérieure du sommet ou de la face en une position antérieure. Il suffirait pour cela d'introduire la presque totalité de la main et d'exercer sur la tête des pressions convenables et longuement décrites dans le mémoire. L'application du forceps exécutée ensuite sur la tête en position antérieure du sommet ou de la face ne présenterait dès lors plus de difficultés. Ces aperçus absolument théoriques ne sont appuyés sur aucune observation. Pour notre part, il ne nous a pas ordinairement paru difficile, ni dangereux de dégager la tête en une seule application de forceps après rotation faite. Peu fréquents sont les cas où il nous a été utile de faire une seconde application de l'instrument.

PORAK.

I. — Nouveau forceps. Pression et réduction de la tête, par CHASSAGNY (*Arch. de tocol., juin-juillet* 1884).

II. — Nouveau forceps. Des principes sur lesquels doit reposer la construction d'un forceps, par POULLET (*Arch. de tocol., août* 1884).

III. — Nouvelle modification du forceps, par TARNIER (*Congrès d'Amsterdam*, 1884).

IV. — Le forceps de M. Poullet et la compression proportionnelle, par DUCHAMP (*Arch. de tocologie, décembre* 1884).

V. — Réponse de POULLET (*Arch. de tocologie, janvier* 1885).

I. — Depuis que Thénance et Valette ont proposé le forceps à branches parallèles et ont soutenu sa supériorité sur le forceps à branches croisées, les accoucheurs lyonnais se sont efforcés de perfectionner cet instrument.

Les mémoires de Chassagny et de Poullet sont consacrés en grande partie à ce but.

Chassagny reproche au forceps croisé de nombreux inconvénients. Le forceps croisé représente un double levier du premier genre et fournit une quantité de force supérieure à celle nécessaire à la bonne prise du forceps à branches parallèles. Il établit une prise violente par l'extrémité des cuillers, les pressions exercées par la partie inférieure des cuillers tendent à expulser la tête hors du forceps (?). L'écartement de l'extrémité des cuillers est proportionnellement bien plus considérable que celui de leur partie la plus concave, de telle sorte que plus la partie de la tête saisie est grande, plus grand par conséquent est l'écartement de la partie concave, bien plus considérable encore est l'écartement de l'extrémité des cuillers. Cette disposition rend la tendance au dérapement plus à craindre et nécessite un déploiement de force d'autant plus considérable pour assurer la prise. D'accord avec Poullet, Chassagny proteste contre le principe qui veut qu'il faut faire sur les branches une compression active, proportionnelle à la traction.

Ces appréciations sont appuyées sur des expériences très ingénieuses de Chassagny à l'aide de têtes en bois ou en caoutchouc et de forceps en bois. Les résultats de l'auteur sont contestables. Poullet leur reproche avec raison de ne pas reproduire, même de loin, les applications de forceps sur le vivant. Le grand défaut des instruments de

Chassagny est de donner une courbe fantaisiste tant au forceps qu'à la tête fœtale, dont il cherche à reproduire la forme. Les courbures des forceps appartiennent à des arcs de circonférence de 10 ou 12 centimètres, de 20 à 24 centimètres de diamètre, s'éloignant beaucoup des dimensions du diamètre bi-pariétal du fœtus (9 cent. 1/2). Elles n'ont aucune analogie avec les courbures données par Chassagny à ces appareils.

Chassagny décrit un nouveau forceps à branches non divergentes comme le forceps classique, mais à branches convergentes, formant un V ouvert du côté de l'articulation et à articulation portée à l'extrémité des branches. Les pressions exercées par l'instrument sur la tête fœtale ont donc pour résultat de la ramener dans l'ellipse des cuillers et d'assurer, suivant l'auteur, sa prise. Il est de plus asymétrique dans le sens antéro-postérieur, la femme étant supposée debout. L'asymétrie de l'instrument dans le sens vertical ne semble pas être obtenue.

On trouvera la figure et la description de cet appareil, page 408 des *Archives de tocologie*. Chassagny insiste sur l'élasticité dont jouissent les branches de son forceps.

II. — Poullet a construit un forceps à branches parallèles, exactement parallèles, à pressions perpendiculaires à la tête ; il jouit de plus à l'aide d'une double articulation, ingénieusement conçue, de mouvements des cuillers dans le sens vertical, la femme étant toujours supposée debout. On trouvera la description et la figure de l'instrument, page 600 des *Archives de tocologie*.

L'auteur attache une grande importance à cette asymétrie dans le sens vertical. Il a, en effet, remarqué que les impressions du forceps ne sont jamais à la même hauteur, qu'elles sont toujours beaucoup plus marquées au niveau de l'extrémité des cuillers et plus d'un côté que de l'autre. La tête fœtale dans ces cas serait située obliquement et la *bande de prise du forceps* se ferait sur la partie la plus basse. C'est donc en ce point dont il y aurait intérêt de constater la descente plus lente que du point symétrique opposé, que s'accomplit la pression la plus énergique, qui a justement pour conséquence de l'entraîner davantage. La possibilité d'une légère oscillation verticale des cuillers, les mettrait *au niveau* et leur permettrait de l'appliquer plus exactement sur des points symétriques de la tête, de distribuer d'une façon plus régulière la somme des pressions exercées et transmises. Ces recherches intéressantes méritent d'être étudiées dans les mémoires originaux.

III. — La nouvelle modification du forceps par Tarnier, consiste surtout en ce que les branches de traction, toujours métalliques : 1° peuvent être facilement détachées, et sont par conséquent faciles à nettoyer ; 2° s'attachent à l'angle de réunion des bords des cuillers fenêtrées ; 3° la courbure pelvienne de l'instrument est moins prononcée. Cette seconde modification a cette importance de permettre de tirer beaucoup plus exactement dans la direction du centre de figure de la tête fœtale, de ne pas tirer *trop en arrière* comme dans l'ancien mode d'attache des branches de traction.

IV. — Duchamp établit, par une formule mathématique, que, dans le forceps de Poullet, il y a compression de la tête et compression proportionnelle à la traction. De plus, suivant lui, la compression de la tête est considérable, considérable relativement à celle qui est exercée par le

forceps de Tarnier, nullement considérable relativement au forceps croisé par la manœuvre classique. Cette compression se transmet, en effet, d'autant mieux qu'elle ne s'épuise pas en partie, en redressant les branches du forceps, car Poullet tient beaucoup à ce qu'elles ne jouissent d'aucune élasticité. La démonstration mathématique de Duchamp doit être corrigée, parce que les deux branches du forceps ne sont pas fixes; elles peuvent glisser légèrement sur la tête fœtale pour en assurer la bande de prise. Reste toujours à apprécier si on doit considérer comme un avantage de munir le forceps de branches de tractions souples ou rigides, tirant dans l'axe.

V. — Poullet reconnaît la justesse en certains points des objections de Duchamp et indique comment on peut obvier aux inconvénients signalés. PORAK.

Ueber Fracturen des kindlichen Schädels durch die Zange (Des fractures du crâne chez l'enfant produites par l'application du forceps), par HOMER (*Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie Band X, Heft 2*).

Schrœder fait une application de forceps et extrait avec peine un enfant vivant (3,070gr,52). On remarque, sur le front de l'enfant, l'impression du forceps, des sugillations et de l'œdème des paupières, et de l'exophthalmie du côté droit : il y a un petit épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil. L'enfant meurt 4 jours après et à l'autopsie on constate une fracture intra-crânienne de la voûte de l'orbite droit; épanchement sanguin du côté de la dure-mère et dans la cavité orbitaire : autre épanchement sanguin, indépendant du premier dans les parties déclives de l'hémisphère droit : ce dernier paraît être la cause de la mort. Pas de fracture de la voûte crânienne.

L'auteur a trouvé dans les registres de la clinique 3 cas analogues : 1 autre cas a été publié par Hofmann, et présente cette particularité que l'accouchement avait été spontané; mais on avait administré de fortes doses de seigle ergoté.

Dans le cas observé par l'auteur, on ne pouvait mettre la fracture sur le compte de l'inhabileté de l'opérateur : il n'y avait pas d'exostose aiguë du bassin : la femme mourut 1 an et demi après, et on ne trouva qu'un rétrécissement simple du bassin. Ces fractures doivent être attribuées à une pression indirecte. Les parties orbitaires de l'os frontal pressées l'une contre l'autre, ne peuvent pas chevaucher comme les sutures de la voûte, et comme elles sont très minces, elles se rompent sous l'influence d'un certaine pression.

Les registres de la clinique présentent en 10 ans 27 cas de fracture du crâne, causés par l'application du forceps : 10 sur le frontal, dont 4 pour la portion orbitaire, 5 sur les pariétaux, 6 sur la suture sagittale, 4 sur la suture lambdoïde; et 5 fois, arrachement de la portion squammeuse de l'occipital. H. DE BRINON.

Étude microscopique d'un lithopédion, par Mme SARRAUTE (*Thèse de Paris*, 1884).

De l'observation microscopique d'un lithopédion faite par Cornil, l'auteur tire les conclusions suivantes : La charpente des tissus est partout

et complètement conservée. La structure de tout ce qui est tissu fondamental est admirablement conservée. Les cellules des tissus sont seules atrophiées. Les modifications sont dues à une mortification simple sans putréfaction. Toutes les cavités sont remplies par des sels calcaires ou des sels dérivés de la graisse. On en trouve jusque dans les tubes glandulaires et les tubes urinitères. On constate encore dans les interstices des tissus des infiltrations des cristaux agglomérés, d'acides gras. Les cellules sont généralement remplacées par des granulations moléculaires dérivées du sang (hématoïdine) ou de la graisse. On trouve des granulations de bilirubine et de graisse dans les cellules du foie. PORAK.

Etude sur l'emploi de l'iodoforme dans les accouchements, par A. AMBLARD (*Thèse de Montpellier*, 1884).

L'auteur donne dans un tableau les résultats obtenus dans notre service de l'hôpital Saint-Louis, à la suite du traitement des lochies fétides par les suppositoires iodoformés. Il donne la relation de 63 observations où les lochies fétides s'accompagnaient d'une élévation de la température au-dessus de 38°. Dans 60 de ces cas, on a introduit dans l'utérus lui-même un suppositoire de beurre de cacao, dans lequel on avait incorporé 5 grammes d'iodoforme; dans les 3 autres cas l'orifice interne de l'utérus était assez rétracté pour mettre obstacle au passage du suppositoire; on a dû l'abandonner dans le vagin. Dans 23 cas on a administré en même temps de 0gr,50 à 1gr,50 de sulfate de quinine, dans les autres cas on ne prescrivit pas de traitement interne. Dans tous ces cas, la température a baissé dès le lendemain. Le lendemain et quelquefois le surlendemain on sent encore l'iodoforme, mais dès que cette odeur est dissipée, on reconnaît que les lochies ont pris leur odeur normale, dans quatre cas seulement, les lochies étaient encore fétides et on dut appliquer un second suppositoire. Ce traitement ne présenta aucun inconvénient. Dans trois cas, il a été suivi de succès, quoique les injections intra-utérines eussent auparavant échoué. L'action prolongée pendant un ou deux jours de la substance antiseptique dans l'utérus est évidemment supérieure à l'action passagère des injections intra-utérines. De l'étude thérapeutique de l'iodoforme et des recherches de M. Miquel sur la valeur des antiseptiques, on peut conclure 1° que l'iodoforme est un antiseptique obstétrical puissant, 2° que son introduction dans la cavité utérine est indiquée toutes les fois qu'il y a à la fois lochies fétides et accroissement de la température, 3° que son emploi ne présente aucun inconvénient. PORAK.

De l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique, par A. CHARPENTIER (*Archives de tocologie*, 1884).

L'avantage du sulfate de cuivre employé comme antiseptique dans la pratique obstétricale consiste en sa supériorité incontestable sur l'acide phénique et sur la plupart des antiseptiques en usage, en son maniement facile et dépourvu de toute action toxique pour la malade, le médecin et les gardes, en ce qu'il est inodore et ne tache en aucune façon les linges. On l'a employé en solution au 1/100e dans les lavages et les injections vaginales ou intra-utérines à l'hôpital des cliniques du 15 du mois de juin

au 31 octobre 1883. — Dans le semestre précédent, il y eut 12 morts sur 397 accouchements. Pendant un mois et demi, du 15 juin au 1er août, le traitement antiseptique fut institué à l'aide de l'acide phénique, trois cas de mort survinrent. Du 1er août au 31 octobre, on se servit de la solution au sulfate de cuivre; 212 accouchements se terminèrent sans décès pendant les couches. Employée en injection intra-utérine à cause de la rétention du placenta dans le cours de l'avortement, cette solution a donné des résultats satisfaisants. PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

Fussmessungen bei neugeborenen Kindern (La mensuration des pieds chez les nouveau-nés), par Alfred GÖNNER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft 2*).

Existe-t-il une proportion constante entre la dimension des pieds et le volume de la tête? La solution de cette question présente de l'intérêt dans les présentations du bassin. Une série de mensurations recueillies à la clinique de Bâle paraissent établir qu'on peut présumer les difficultés que présentera le passage de la tête d'après la longueur du pied de l'enfant. Il résulte des mensurations prises sur 100 nouveau-nés, qu'en général un pied mesurant 8 centimètres de longueur correspond au poids de 3.000 grammes de l'enfant, et qu'au-dessus de 8 centimètres il faut s'attendre à trouver un enfant dépassant le poids moyen du fœtus à terme; on devra donc dans ce cas prévoir des difficultés particulières d'extraction. Lorsque le pied mesure moins de 7c,3, on a habituellement affaire à un fœtus qui n'est pas à terme. Ces résultats ont été obtenus sur des enfants de la classe ouvrière. L'influence de l'hérédité (professions, races) peut modifier sensiblement les chiffres. H. DE BRINON.

Ueber die acute Encephalitis der Kinder (Poliencephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung), par STRÜMPELL (*Deustche med. Woch., n° 44, 1884*).

L'auteur rapproche la paralysie cérébrale infantile de la paralysie spinale, la poliencéphalite aiguë de la poliomyélite aiguë.

D'abord au point de vue anatomique, ces deux affections ont pour substratum la substance grise, d'une part l'écorce cérébrale, d'autre part les cornes antérieures de la moelle. Dans les autopsies pratiquées, non pas à la période aiguë qui n'a pas encore fourni d'occasion de vérification, mais chez des sujets atteints depuis longtemps de paralysie, on a constamment trouvé des cicatrices siégeant dans la région des centres moteurs de l'écorce, dans les circonvolutions centrales notamment, cicatrices qu'on ne peut confondre avec les atrophies congénitales, et qui résultent bien certainement d'inflammations aiguës de la substance grise.

L'étude clinique permet également d'établir le parallèle des deux maladies. L'auteur a observé vingt-quatre cas de poliencéphalite aiguë

chez des sujets dont le plus jeune avait quatre semaines, le plus âgé six ans; sept n'avaient pas un an, huit étaient dans la seconde et quatre dans la troisième année de la vie.

Les causes sont obscures, mais la marche est caractéristique : début brusque par des phénomènes généraux, de la fièvre, des vomissements analogues à ceux de la méningite, des convulsions qui portent sur les deux côtés du corps et s'accompagnent de perte de connaissance. Le stade initial peut durer quelques jours seulement ou se prolonger deux semaines et même deux mois. L'auteur croit que la mort peut survenir pendant cette première période, mais c'est encore une pure supposition.

Il y a peu de transition entre le premier stade, le stade fébrile et le second, celui de la paralysie; les désordres de la motilité s'installent assez rapidement. L'état général de l'enfant s'améliore, on attend la convalescence de la maladie, quand l'hémiplégie vient surprendre les observateurs; c'est en général à ce moment qu'on appelle le médecin, aussi le premier stade est-il rarement bien étudié. L'hémiplégie est plus marquée au membre supérieur qu'à l'inférieur, elle atteint rarement la face, mais on a observé plusieurs fois le strabisme. Au lieu d'hémiplégie on constate parfois une monoplégie : ce fait est digne de remarque. L'anesthésie manque.

La paralysie ne reste pas complète; il n'y a pas, en général, d'impotence irrémédiable ni d'atrophie musculaire, mais la croissance du membre s'arrête, comme dans la paralysie spinale. Contrairement à ce qu'on voit dans cette dernière, les muscles sont sinon contracturés du moins en état de tension notable.

Il est important de signaler l'épilepsie symptomatique qui survient secondairement et se révèle par des convulsions, d'abord unilatérales puis généralisées. Plus souvent encore l'auteur a observé l'athétose du côté de la paralysie.

Quand l'hémiplégie est à droite, il y a aphasie, mais la guérison de l'aphasie n'est pas impossible. L'intelligence est parfois respectée, parfois atteinte d'une façon plus ou moins grave. L. GALLIARD.

Case of occipital encephalocele in which a correct diagnosis was obtained by means of the induced current, par Victor HORSLEY (*Brain, p.* 228, *juillet* 1884).

Enfant de six semaines, présentant depuis sa naissance une tumeur sacciforme, située à la région occipitale et descendant sur la nuque. L'occipital était manifestement perforé et laissait passer une sorte de sac herniaire à parois fibreuses et épaisses. On sentait dans son intérieur, outre une certaine quantité de liquide, une masse solide difficile à circonscrire.

Les troubles fonctionnels étaient les suivants : point palpébral double; raideur des avant-bras et contracture musculaire, motilité conservée aux membres inférieurs. Cœur et respiration normale : la pression sur le sac arrête les mouvements respiratoires et accélère les battements du cœur. Organes des sens normaux en apparence, sauf la vision qui est incomplète.

Le fait le plus saillant est la production de convulsions lorsqu'on presse sur le pédicule du sac : les convulsions commencent par la face, gagnent les membres supérieurs, puis les inférieurs.

Le sac fut ponctionné quatre fois dans l'intervalle de six semaines, le li-

quide se reproduisant toujours. Afin de déterminer la portion d'encéphale qui faisait hernie dans son intérieur, l'auteur recourut aux courants continus. Lorsque le courant était dirigé horizontalement à travers la masse, on ne constatait aucun résultat. Quand il le traversait verticalement il déterminait une déviation conjuguée des yeux du côté de l'excitation. On en conclut que la portion du cerveau herniée comprenait les tubercules quadrijumeaux.

Dans le but de fermer le sac, l'auteur, après l'avoir ligaturé, y injecta de la teinture d'iode. Une portion s'étant sphacélée, il ouvrit largement le sac et l'on reconnut que la paroi était constituée par la dure-mère. Une seconde hernie plus petite était formée par l'encéphale. La mort survint trois jours après l'opération.

L'autopsie montra que la hernie du cerveau était constituée par le lobe occipital altéré, et par les tubercules quadrijumeaux considérablement augmentés de volume et déformés. H. R.

De la méningite tuberculeuse des enfants en bas âge, par O. MEDIN (*Nordiskt medicinst Arkiv, t. XV, n° 26, 1883*).

Sous ce titre, l'auteur décrit les cas de méningite survenant chez des enfants âgés de six mois. Beaucoup plus rare qu'à un âge plus avancé, la méningite tuberculeuse des enfants en bas âge passe le plus souvent inaperçue; lorsqu'elle n'est pas absolument latente, les symptômes qui la caractérisent sont surtout les convulsions cloniques, beaucoup plus rarement les convulsions toniques; le strabisme; les vomissements, les cris nocturnes s'observent assez souvent, en revanche les symptômes abdominaux font presque toujours complètement défaut.

C. GIRAUDEAU.

I. — De la sclérose en plaques chez les enfants, par P. MARIE (*Revue de médecine, p. 536, 1883*).

II. — De la sclérose multiloculaire chez les enfants, par MONCORVO (In-8°, *Paris* 1884).

I. — Les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur sont les suivantes :

La sclérose en plaques existe dans l'enfance proprement dite ; elle est même d'une fréquence relative de trois à quatre ans.

Les manifestations cliniques sont chez les enfants tout à fait analogues à celles qu'on observe chez les adultes.

La maladie dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de la sclérose en plaques est l'ataxie héréditaire; mais cette ressemblance n'est pas telle qu'on ne puisse distinguer l'une de l'autre ces deux affections, ou du moins qu'on ne puisse distinguer la sclérose en plaques vulgaire d'avec la forme clinique décrite par Friedreich. C. GIRAUDEAU.

II. — Moncorvo a pu observer trois cas qui semblent contredire l'opinion admise jusqu'alors de la rareté de cette maladie dans l'enfance; ces trois faits ont été observés sur un total de 700 enfants soignés dans son service pendant l'espace d'une année.

C'est d'après les 17 cas connus, dont 14 recueillis par P. Marie et trois personnels que l'auteur décrit cette affection. Il montre la fréquence des convulsions, soit épileptiformes, soit apoplectiformes, au début de la maladie; les troubles de la motilité, les troubles dits céphaliques, tels

que les troubles oculaires, de la parole, et les psychiques, en insistant tout particulièrement sur les désordres cérébraux observés 15 fois sur les 17 sujets. Moncorvo a retrouvé chez ses trois malades les signes les plus démonstratifs de la syphilis héréditaire. Il pense que cette diathèse peut contribuer à la production de la sclérose cérébro-médulaire, comme Fournier l'a admis pour le tabes. L'amélioration obtenue, chez deux de ses enfants malades, à la suite de la médication iodo-hydrargyrique, donne à l'opinion de Moncorvo un appui très probant. A. C.

Zur Lehre von den hysterischen Affectionen der Kinder, par Franz RIEGEL (*Zeitsch. f. klin. Med., vol. VI, p.* 453).

Franz Riegel rapporte cinq observations de paralysies hystériques observée chez des enfants (trois garçons et deux filles). Le diagnostic est surtout basé sur leur apparition subite et leur disparition sous des influences morales. M. DEBOVE.

I. — Des terreurs nocturnes chez les enfants, par MOIZARD (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juillet* 1884).

II. — Zur Lehre von Pavor nocturnus der Kinder, par SILBERMANN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 1884).

I. — Avec Lasègue et Debacker, l'auteur distingue deux grandes catégories de terreurs nocturnes : celles qui agissent indirectement sur le cerveau en déterminant, par réflexe, des troubles passagers de la circulation cérébrale et celles qui frappent directement le cerveau. Ces deux catégories reconnaissent des causes différentes et aussi le pronostic et le traitement seront-ils différents selon que la terreur dépendra ou non d'une lésion permanente du cerveau.

Les troubles digestifs, une mauvaise alimentation, la constipation sont certainement, quoiqu'en dise Steiner, des causes fréquentes des terreurs réflexes. Chez l'enfant, en effet, plus encore que chez l'aldulte, les troubles digestifs ont une influence perturbatrice sur la circulation cérébrale.

La dentition, les vers intestinaux, l'alcoolisme des parents ou de la nourrice, certaines intoxications comme celles par le datura, la belladone, le sulfate de quinine (Jules Simon), les irritations prolongées de la peau (prurigo, gale, phtiriase) sont ensuite les principales causes des terreurs nocturnes d'origine réflexe.

Certaines lésions cérébrales peuvent compter les terreurs nocturnes au nombre de leurs symptômes : la méningite tuberculeuse, la sclérose cérébrale (Jules Simon) et les tubercules cérébraux. Enfin on a vu ces terreurs précéder ou accompagner l'épilepsie et l'hystérie.

Bénins pour la première catégorie où la suppression de la cause entraîne leur disparition, les terreurs ne sont qu'un épiphénomène des affections graves de la seconde catégorie.

II. — L'auteur distingue deux catégories de terreurs nocturnes, l'une idiopathique et l'autre symptomatique.

La terreur nocturne idiopathique serait une maladie *sui generis*, naissant primitivement dans le cerveau et ayant pour siège le centre de

l'idéation. Le pavor symptomatique serait une névrose réflexe, déterminée par un mauvais état des voies digestives qui irriterait le pneumogastrique.

Ce qui frappe dans le pavor idiopathique c'est l'absence de toute lésion organique ainsi que de toute cause déterminante au moment même où il se manifeste : l'enfant, qui vient de dormir paisiblement, se réveille subitement sous le coup d'une frayeur que rien ne peut apaiser, il se défend contre quelque agression imaginaire et crie contre une personne ou un animal qui lui fait peur. Au bout de 10 à 20 minutes, la conscience, absente jusqu'à maintenant, revient, et l'enfant s'endort paisiblement et le lendemain matin il ne se rappellera pas la scène nocturne.

L'anémie, la scrofulose, le rachitisme, prédisposent à ces sortes de frayeurs.

Le pavor symptomatique frappe les enfants, sans distinction, et la cause déterminante n'est pas, comme pour le précédent, dans l'impression de quelque événement journalier reçu par un cerveau surexcité, mais le plus souvent dans une mauvaise digestion. Aussi, dès qu'il s'endort, l'enfant est agité et bientôt il se réveille en sursaut, en proie à une grande dyspnée, se plaignant, mais au bout de peu de temps il se calme et se rendort. Le lendemain même amnésie pour ce qui s'est passé dans la nuit, mais un état saburral plus ou moins prononcé se déclare et l'enfant vomit le corps du délit.

C'est l'anxiété qui domine la scène dans un cas comme dans l'autre, mais dans le premier elle est objective, comme dit l'auteur, et dans le second elle est subjective, c'est-à-dire indépendante de toute cause extérieure. M. SCHACHMANN.

Ueberpsychische Störungen im Kindesalter (Des troubles psychiques dans l'enfance), par LEIDESDORF (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1884).

Les maladies mentales ne font pas défaut à l'enfance ; mais, si l'on fait abstraction des cas où le cerveau est mal conformé, défectueux, et des maladies que ces états déterminent, on doit avouer que les véritables psychoses chroniques se rencontrent très rarement dans les premières années de la vie. Ce qu'on trouve à cette période, ce sont certains éléments rudimentaires, transitoires de troubles psychiques, comme des périodes courtes de dépression ou d'exaltation, d'anxiétés, d'hallucinations. Il faut ajouter que l'hérédité, les maladies graves, les hémorragies abondantes, prédisposent fortement à ces troubles de l'esprit.

L'auteur cite les cas suivants observés par lui-même : dépression chez un enfant de 5 ans ; hypocondrie chez des enfants de 4 à 5 ans ; de l'exaltation, des irritations maniaques avec impulsions destructives chez des enfants de 6 à 8 ans ; ces phénomènes ne durant ordinairement que quelques heures, mais pouvant se répéter tous les soirs pendant plusieurs mois. Plus fréquentes sont les hallucinations transitoires de nature désagréable et effrayante ; les terreurs nocturnes se voient fréquemment dès l'âge de 3 ans jusqu'à 8.

Parmi ces affections il faut encore ranger les accès de somnambulisme et d'hypnotisme.

Avant 14 ans, les maladies mentales réelles sont très rares ; cependant

l'auteur a vu un garçon de 8 ans atteint d'accès de manie aiguë, de délire des grandeurs, après une méningite, et se terminant par l'affaiblissement complet du cerveau. Meschede cite une petite fille de 5 ans atteinte du délire de persécution après une coqueluche.

Viennent maintenant les troubles mentaux qui accompagnent les névroses : chorée, épilepsie, hystérie infantile; cette dernière s'accompagne souvent de phénomènes psychiques qui en forment quelquefois les éléments principaux. D'après Reynold, l'hystérie peut se montrer dès l'âge de 5 ans, et, suivant Leidesdorf, elle revêtirait ordinairement ses formes graves à cet âge.

Dans certains cas, l'hystérie est peu grave, mais son principal symptôme consiste dans une simulation jouée avec un esprit de conséquence au-dessus de l'âge du jeune malade.

Les Anglais désignent sous le nom de *moral insanity* une disposition de l'esprit bizarre, ordinairement héréditaire, qui rend l'enfant incapable de concevoir des notions éthiques. Ces individus sont d'un égoïsme excessif, irritables, coléreux, aimant à maltraiter bêtes et gens. On remarque souvent, avec cela, chez eux, une intelligence normale, et, chose remarquable, quelquefois ils comprennent la mauvaise disposition de leur esprit sans pouvoir se corriger.

L'auteur clôt son travail avec une observation complète de paralysie générale observée chez une jeune fille de 16 ans, et qu'il rapproche de l'observation unique dans ce genre, publiée par Turnball *in Journal of mental Science*, et concernant un garçon de 12 ans. M. SCHACHMANN.

De la bronchite chronique chez les enfants, par COMBY (*Progrès médical*, 13-20 *décembre* 1884).

Tantôt la bronchite s'installe sourdement à la suite d'un rhume négligé, tantôt elle succède à une bronchite spécifique, suite de rougeole ou coqueluche. Elle ne s'accuse ni par la douleur, ni par la dyspnée, mais par une toux fréquente, quinteuse, accompagnée de crachats muco-purulents ou spumeux, dès que les enfants ont plus de 5 à 6 ans. L'examen de la poitrine ne révèle l'existence d'aucun foyer de tuberculose ; l'auscultation permet de découvrir des râles plus ou moins nombreux, mais toujours disséminés, sibilants, ronflants ou sous-crépitants. Cette bronchite dure des mois ou des années, et à la longue peut amener le dépérissement de l'enfant et la tuberculisation ultérieure. Presque tous les enfants atteints de bronchite chronique sont des scrofuleux, ou nés de parents scrofuleux ou tuberculeux.

Comby recommande l'emploi de l'ipécacuanha une ou deux fois par semaine, des révulsifs locaux et de la médication antiscrofuleuse, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc. H. L.

Der Keuchhustenpilz, par Carl BURGER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n° 1, p. 7, 1er janvier* 1885).

Après quelques années de recherches, Burger croit être arrivé à découvrir le parasite végétal de la coqueluche, dans un microorganisme qui n'a rien de commun avec celui de Letzerich (*R. S. M.*, III 233 et 651 ;

V, 101; IX, 207), dont la nature cryptogamique lui paraît même douteuse.

Le champignon de Burger se trouve dans presque tous les crachats des coqueluchéux, spécialement dans les petites masses floconneuses qu'ils présentent. Sous un grossissement modéré, ces bactéries représentent des bâtonnets droits, de forme ellipsoïde, dont les plus petits ont une longueur double de leur largeur. Avec un grossissement plus fort et à l'aide de l'éclairage d'Abbe, on reconnaît sans peine, au niveau de leur portion moyenne, l'existence d'un étranglement, qui leur donne l'aspect de biscuits.

Ces bactéries sont le plus souvent disséminées sans ordre et isolément sur toute l'étendue du champ visuel. Mais parfois elles constituent des groupes irréguliers qu'il faut se garder de confondre avec les spores de leptothrix buccal, également assez communes dans l'expectoration de la coqueluche.

Parfois même, on trouve aussi d'autres microorganismes.

La méthode de préparation de Burger est celle de Koch, pour les crachats tuberculeux. Après avoir coloré avec la solution aqueuse de fuchsine et de violet de méthyle, il enlève la matière colorante à l'aide d'alcool absolu. A l'exception des noyaux de cellules, seuls, de tous les éléments figurés, les bâtonnets caractéristiques gardent leur couleur violette.

Bien que Burger n'ait pas encore ni cultivé, ni inoculé le champignon, il n'hésite pas à le regarder comme la cause de la coqueluche, parce qu'il ne l'a jamais rencontré dans les crachats d'autres malades et que son abondance lui a paru en relation directe avec l'intensité de la maladie.

J. B.

I. — Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par de SAINT-GERMAIN (*Rev. des mal. de l'enfance, avril* 1884).

II. — *Idem*, par P. MOIZARD (*Ibid., octobre* 1884).

III. — *Idem*, par BLACHEZ (*Gaz. hebdom.*, n° 17, 1884).

IV. — *Idem*, par BRANTHOMME (*Thèse de Paris*, 1884).

V. — *Idem*, par THINIER (in-8°, *Bruxelles*, 1884).

I. — Après avoir examiné les différentes méthodes de traitement de la pleurésie purulente, de Saint-Germain se prononce en faveur de l'empyème fait sans trop tarder. Il pratique des lavages répétés avec la solution boriquée.

II. — Moizard veut que la pleurotomie soit pratiquée le plus tôt possible, après qu'une thoracentèse, deux au plus, auront été suivies de la reproduction du liquide. On devra s'entourer de toutes les précautions antiseptiques. Un seul lavage devra être pratiqué au moment de l'opération. Il ne sera renouvelé que si, dans le cours du traitement, le liquide devient fétide. On fera, au contraire, plusieurs lavages si le liquide est fétide au moment de l'opération et on les continuera jusqu'à ce que cette fétidité ait disparu.

Il cite, à l'appui de ses conclusions, plusieurs observations, dont une chez un enfant de six ans. Un seul lavage fut pratiqué après l'empyème, et la guérison était complète le 33e jour.

III. — M. Blachez rapporte l'observation d'une petite fille de 5 ans et

demi, prise au quatrième jour d'une scarlatine, de pneumonie du sommet et ultérieurement d'une pleurésie gauche avec épanchement et déplacement du cœur. Une ponction capillaire faite avec l'aiguille n° 2, donne issue à 750 grammes de pus mêlé d'une grande quantité d'air, sans odeur. Cette seule ponction amena la guérison.

IV. — Branthomme a résumé dans sa thèse 43 observations de pleurésies purulentes traitées par la méthode des ponctions. La guérison fut obtenue 18 fois après une seule ponction; 11 fois après deux ponctions; 3 fois après trois ponctions; 11 fois après un chiffre variant entre 6 ponctions et 122. L'auteur est d'avis qu'après deux on trois ponctions, il faut renoncer à la thoracentèse et pratiquer la pleurotomie antiseptique.

IV. — Thinier est d'un avis opposé; il préfère la thoracentèse suivie d'injections antiseptiques et modificatrices à l'opération de l'empyème.

A. C.

I. — Zur Pathologie der Masern, par E. HENOCH (*Berl. klin. Woch.*, 27 *mars* 1882).

II. — Notes on measles, par CROSKERY (*Lancet*, 25 *novembre* 1882).

III. — Note sur une forme exceptionnelle de rougeole, par G. DIEULAFOY (*Gaz. hebd.*, n° 52, 1883).

V. — Epidemic of herpetic fever, par SAVAGE (*Lancet*, 20 *janvier* 1883).

V. — Ueber das gleichzeitige Auftreten (Simultanéité de trois maladies éruptives), par PRIOR (*Deuts. med. Woch.*, n° 31, 1883).

VI. — Prolonged infectiousness in some convalescents from scarlet fever, par CAMERON (*Lancet*, 23 *décembre* 1882).

II. — Ein Scharlach Recidiv, par L. WOLBERG (*Berl. klin. Woch.*, 20 *novembre* 1882).

VIII. — Quelques cas de scarlatine, par BADAN (*Rev. méd. de la Suisse romande*, *III*, *p.* 545).

IX. — Ueber einfache Scharlachwassersucht (Anasarque essentielle dans la scarlatine), par H. QUINCKE (*Berl. klin. Woch.*, 3 *juillet* 1882).

X. — Ueber synovitis scarlatinosa, par HENOCH et C. FRIEDLÄNDER (*Ibid.*, 11 *septembre* 1882).

XI. — On gangrenous eruption in connection with vaccination and chickenpox, par Jonathan HUTCHINSON (*Med. chir. Trans.*, *LXV*, *p.* 1).

XII. — Vaccinal eruptions, par A. NAPIER (*Glasgow med. Journ.*, *p.* 424, 1882).

XIII. — Des éruptions vaccinales généralisées, par DAUCHEZ (*Thèse de Paris*, 1883).

XIV. — Vaccine efficace sans manifestations cutanées, par René BLACHE (*Broch. Paris*, 1883).

I. — L'épidémie morbilleuse qui a sévi en 1881-1882, à Berlin, s'est signalée par la fréquence de stomatites avec dépôts fibrineux et élimination consécutive de l'épithélium, donnant lieu à des ulcérations superficielles guérissant sans cicatrices.

Henoch a observé en outre un cas de pemphigus aigu survenu chez une morbilleuse, âgée de 4 ans, au 3e jour de l'éruption de rougeole, au milieu d'une persistance insolite de la fièvre.

Les bulles, réparties sur tout le corps, siégeaient non seulement sur les taches, mais aussi dans les intervalles libres.

L'enfant succomba à une pneumonie du lobe inférieur droit, le 8e jour de la maladie.

Henoch a retrouvé dans la littérature 8 cas analogues au sien, dont 2 se sont également terminés fatalement par complication pulmonaire. De ces 8 faits, 3 ont été observés par Klüppel chez une mère et chez ses deux enfants ; 4 par Steiner (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, VII, 1874) chez des frères et sœurs ; 1 par Lœschner.

(*R. S. M.*, I, 777, 787 et 793; II, 162; IV, 83 et 287; V, 281; VI, 183, 555 et 556; VII, 298 et 628; IX, 639; X, 532; XIV, 201 et 218; XXI, 734; XXII, 121, 130 et 136.) J. B.

II. — L'auteur relate quelques observations intéressantes au point de vue de la contagiosité de la rougeole ; la plus remarquable est la suivante :

Un jeune garçon tomba malade de la rougeole dix jours après avoir été embrassé par son père qui venait d'aller voir un malade atteint de cette affection et qui n'avait pas eu le temps de laver ses mains. Le jour même du début de sa maladie, le même enfant avait fait une course en voiture avec un de ses petits camarades d'école; six jours plus tard, ce dernier, sans avoir été davantage exposé à la contagion, présentait également les premiers symptômes de la rougeole.

Ces faits démontrent clairement : 1° que la rougeole peut être transmise par une tierce personne ; 2° qu'elle est communicable dès le premier jour de l'invasion. H. BARTH.

III. — Une jeune fille de 16 ans, atteinte d'une rougeole régulière, est prise le matin du septième jour, troisième de l'éruption, de phénomènes nerveux graves. Elle bredouille et délire; sa mère la trouvant froide, prend sa température et constate que le thermomètre est descendu à 36°. Bientôt éclate une violente attaque convulsive à laquelle succède un état apoplectiforme. La veille au soir la température était à 39°,3, l'éruption était vive; en même temps qu'apparaissaient les accidents nerveux, l'éruption avait pâli. Malgré la médication énergique employée, la mort survient à 4 heures, après plusieurs attaques épileptiformes. Au moment de la mort la température était de 41°,5. Un refroidissement causé par une croisée laissée maladroitement ouverte, la veille au soir, est la cause possible de cette forme rare de rougeole. P. MERKLEN.

IV. — Du 13 au 27 novembre 1882 l'établissement de King Edward Schools dans le comté de Surrey fut visité par une affection épidémique qui atteignit 39 petits garçons. La marche ordinaire des symptômes fut la suivante : un enfant au réveil se plaignit de langueur et de mal de tête; au déjeûner pas d'appétit et sensation de froid; bientôt après frisson véritable et vomissements; pas de diarrhée. Fièvre atteignant et même dépassant 40°; la nuit suivante agitation et délire. Le lendemain matin, on contastait des plaques d'herpès sur les lèvres ou les oreilles, quelquefois fois même des vésicules disséminées sur les membres. En même temps le malade accusait du mal du gorge ; l'isthme du gosier était rouge, légèrement tuméfié, sans exsudat; la langue blanche et légèrement chargée. Le matin du troisième jour la fièvre était tombée,

les plaques d'herpès avaient mûri, parfois en examinant la gorge on y découvrait une ou deux petites taches, probablement d'origine herpétique; la langue était moins sale et l'appétit commençait à revenir. Le quatrième jour, guérison complète. Il n'y eut de bronchite ni de pneumonie chez aucun sujet; pas de complications, ni de rechutes. On ne put découvrir aucune cause plausible à cette petite épidémie qui ne sévit pas dans le village voisin. Il est à remarquer que les personnes qui soignèrent les malades furent toutes plus ou moins affectées; ainsi la fille du chapelain, qui dirigeait l'infirmerie, deux domestiques qui n'étaient pas entrés dans l'école, mais qui avaient été en contact avec cette dame; plusieurs professeurs et leurs familles. Chez les adultes les symptômes furent à peu près les mêmes : frisson, céphalalgie et maux d'estomac, douleur de gorge et fièvre; le tout accompagné et suivi d'une grande prostration; l'herpès des lèvres ne se montra que dans une partie des cas. H. BARTH.

V. — Deux enfants, un garçon de 8 ans et une fille de 6 ans sont atteints de scarlatine avec évolution normale, ayant débuté le 18 novembre. La desquamation s'effectue sans incident, mais, après la disparition des derniers lambeaux épidermiques, ils éprouvent du frisson et du malaise et, le 2 décembre, l'auteur constate chez les deux enfants la varicelle; petites bulles sur tout le corps, même sur le cuir chevelu, très nombreuses, à contenu limpide ou trouble, occupant aussi la muqueuse de la gorge et de la bouche.

Le 3 décembre, l'auteur trouve dans la chambre de ses malades un autre enfant dont les proches sont atteints de rougeole et qui deux jours plus tard doit présenter les signes de la même maladie.

Le 13 décembre au soir, les enfants ont l'un 38°,7, l'autre 38°,9, avec frisson, photophobie, coryza. L'éruption morbilleuse apparaît le soir du 15 décembre. Les deux sujets guérissent. L. GALLIARD.

VI. — Une enfant atteinte de scarlatine et isolée dès le début de la maladie fut réunie à ses sœurs au bout de neuf semaines, et après des précautions rigoureuses de désinfection. Néanmoins, deux jours après la réunion, une petite fille de quatre ans, qui avait couché avec la convalescente, fut prise de fièvre, de vomissements et présenta bientôt une éruption scarlatineuse évidente. Elle fut aussitôt transportée dans une maison éloignée, chez une de ses tantes, qui, pour cette première nuit, la prit dans son lit avec elle. Dès le lendemain matin la tante éprouva de la nausée et du mal de gorge, et le lendemain une éruption bien manifeste. Cette observation est remarquable par la longue conservation du germe contagieux chez la première malade, et plus encore par la brièveté de l'incubation chez les deux dernières; cette durée, s'il en faut croire le récit de l'auteur, n'aurait été que de deux jours chez la petite fille et de quelques heures seulement chez la tante. H. BARTH.

VII. — Fillette de 6 ans, atteinte de coqueluche et admise à l'hôpital parce qu'elle a avalé un corps étranger.

Le cinquième jour après son entrée, fièvre et éruption scarlatineuse, qui, 5 jours plus tard, commence à desquamer. Pendant ce temps, les quintes de coqueluche ont cessé, malgré l'aggravation de la bronchite coexistante.

Le deuxième jour au soir de la desquamation, réapparition de la fièvre et d'un nouvel exanthème pointillé, distinct entre les squames. Après s'être, comme la première, successivement étendue au corps entier, cette éruption diminua à partir du 4e jour de son apparition et a complètement disparu le 6e pour être suivie d'une desquamation abondante.

VIII. — Les éruptions prodromiques de la varicelle sont assez peu communes pour qu'il n'en soit fait aucune mention dans les ouvrages sur

les maladies de l'enfance, à l'exception du traité de Churchill. Badan a observé un exemple de rash scarlatiniforme dans des conditions ne laissant aucun doute sur le diagnostic.

Garçon de 4 ans, ayant eu, 6 mois auparavant, une scarlatine bien constatée par un médecin, avec desquamation consécutive. L'auteur est appelé pour une éruption généralisée, formant un pointillé rouge, fin et serré, surtout marqué sur le ventre et à la région antérieure des cuisses.

Fièvre nulle, langue saburrale. Aucune angine, mais sur le voile du palais, au-dessus de la luette, une petite ulcération circulaire occupant le sommet d'une bosselure de la muqueuse.

Examinant de nouveau la surface cutanée, Badan découvrit sur l'une des tempes une vésicule unique et très petite de varicelle.

Le lendemain, l'éruption, d'apparence scarlatineuse, avait entièrement disparu, mais il était survenu de nombreuses vésicules de varicelle à la face, au cuir chevelu et sur le corps.

Aucune desquamation lamelleuse, ni aucune complication consécutive. Quelques mois plus tard, rougeole bénigne.

IX. — Quincke n'avait encore jamais vu d'anasarque simple dans la scarlatine lorsqu'il eut l'occasion d'en observer d'un seul coup 3 cas chez trois frères, âgés respectivement de 11, 9 et 4 ans. Tous trois étaient débilités et atteints de gale. L'anasarque avait débuté de la deuxième à la quatrième semaine de la scarlatine et persista de 15 jours à 4 semaines.

Deux d'entre eux avaient en outre de la bronchite et de l'ascite, et un peu d'albumine le premier jour seulement. Néanmoins, vu les caractères microscopiques négatifs de l'urine, Quincke ne rattache pas cette albuminurie passagère à une néphrite, mais bien à la débilitation des jeunes malades.

Il pense en outre que ces faits d'hydropisie scarlatineuse sans albuminurie sont propres à jeter quelque jour sur la pathogénie des œdèmes. Dans la scarlatine, on est, en effet, souvent frappé de la disproportion entre l'intensité des hydropisies et celle de l'albuminurie ; le plus souvent, on observe un anasarque considérable, malgré des urines abondantes et faiblement albumineuses.

Aussi Quincke ne regarde-t-il pas l'anasarque comme une simple conséquence de la néphrite et de la rétention d'eau ; il lui cherche une cause locale, dans une altération du tissu cellulaire sous-cutané tenant, comme celle du sang, à l'action du virus scarlatineux. Il pense que dans certains cas, l'œdème sous-cutané est la cause et non l'effet de l'insuffisance d'activité rénale, parce qu'il agit alors comme la sueur, en diminuant la quantité d'urine.

La nature de cette altération du tissu sous-cutané est inconnue. Quelle qu'elle soit elle se produit sur le péritoine (ascite) et dans d'autres maladies (rougeole).

X. — D'après Henoch, c'est à tort qu'on donne le nom de rhumatisme scarlatineux à la synovite simple si commune après la scarlatine.

En revanche, la synovite purulente est beaucoup plus rare après la scarlatine. Henoch lui reconnaît deux modes d'origine :

1° Transformation de la synovite simple en synovite purulente. Cette forme est rare, toujours limitée à quelques articulations (genou, hanche), et généralement elle ne met pas la vie en danger ;

2° Processus embolique provenant des veines ou des lymphatiques du tissu cellulaire du cou (phlegmons), de thrombose de la jugulaire, de gangrène du pharynx, etc. Cette forme est polyarticulaire, accompagnée de symptômes septicémiques graves et elle est presque toujours mortelle.

En examinant à l'état frais le pus d'une ponction articulaire chez une petite malade atteinte de synovites scarlatineuses multiples, sans affection cardiaque, *Friedlænder* y a trouvé des microcoques.

A l'autopsie de cette malade, il a retrouvé, plus tard, les mêmes micro-organismes, non seulement dans le pus, mais dans la synoviale même; en certains endroits, les microcoques étaient plus nombreux que es globules de pus. J. B.

XI. — Un enfant de 3 mois, bien constitué, est vaccoiné le 11 novembre 1879, de bras à bras, le vaccinifère étant en parfaite santé, avec quatre autres enfants qui n'ont aucune suite fâcheuse de leur vaccine. Le huitième jour, l'enfant est ramené avec une éruption datant de 48 heures et confluente sur le corps et les membres. Cette éruption ressemblait à de la variole; de grosses pustules couvraient le dos et la poitrine. Quatre jours plus tard, la base des pustules devenait gangreneuse. Finalement, chaque pustule se transforma en un ulcère à bords taillés à pic et à fond noirâtre. La mort survint le vingtième jour après la vaccination.

L'auteur rapproche le fait des éruptions de varicelle gangreneuse qui ont été signalées parfois épidémiquement chez les nouveau-nés, même non syphilitiques. (Voir le fait de Stokes, *The Dublin Journ.*, juin 1880.)

H. R.

XII. — L'auteur a pu observer cinq cas d'éruptions vaccinales généralisées, dont voici le résumé :

1° Enfant vigoureux, vacciné sur la génisse; au dixième jour, éruption papuleuse abondante, disséminée sur les membres et la moitié inférieure du tronc; disparition au bout de trois jours; 2° enfant vacciné sur la génisse; au dixième jour, éruption morbilliforme généralisée, d'un rouge vif; disparition au bout de 48 heures; 3° cas tout à fait semblable, éruption morbilliforme aussi fugace, apparaissant au neuvième jour; 4° enfant vacciné sur un autre enfant, inoculé lui-même sur la génisse; le onzième jour, éruption typique d'érythème exsudatif, avec gonflement des extrémités. Éruption ascendante régulièrement, sans symptômes généraux; atténuation le troisième jour, disparition le quatrième; 5° cas douteux, où, 28 jours après une inoculation sur la génisse, apparut une éruption morbilliforme fugace.

L'auteur rapproche de ces faits, ceux observés et publiés en France par Hervieux, Guéniot; en Allemagne, par Behrend; en Amérique, par Holt, Bowditch, Prince, etc. Il fait remarquer que presque tous les cas publiés ont été observés à la suite de vaccinations animales, et admet la spécificité de ces éruptions, surtout de celles qui surviennent à une époque tardive, du huitième au dixième jour. A. CHAUFFARD.

XIII. — Les vaccines surnuméraires (éruptions vaccinales directes, vaccinides de l'auteur) se présentent sous deux formes. Dans les deux cas l'éruption rappelle, trait pour trait, l'éruption de la varioloïde bénigne ou de la variole inoculée, dont elle se distingue par l'absence habituelle des phénomènes généraux et des symptômes prodromiques (rachialgie, vomissements, etc.). Son caractère différentiel le plus net est sa coïncidence avec la vaccine du bras et le fait que les pustules surnuméraires donnent par inoculation la vaccine légitime et non la variole. Analogues

d'aspect, les deux formes de vaccine surnuméraire ont un mode pathogénique différent. Dans l'une, par suite de circonstances difficiles à expliquer (réceptivité anormale ou peut-être, bien que l'auteur le conteste, qualité du vaccin), l'éruption est consécutive à l'imprégnation générale de l'économie par le virus ; la vaccine évolue comme une véritable fièvre éruptive. Au lieu de la pustulation limitée aux points d'inoculation on voit évoluer en même temps qu'elle une éruption plus ou moins généralisée de vaccine (vingt, trente boutons disséminés, quelquefois beaucoup plus). Les points où la peau est irritée (eczéma, impétigo) sont des centres d'appel pour l'éruption supplémentaire. La deuxième forme de vaccine surnuméraire résulte des grattages provoqués par le prurit et d'auto-inoculations. Celles-ci peuvent se faire partout où la peau est excoriée (plaques d'eczéma, etc.) et sur les muqueuses. Chez les femmes et les petites filles, les auto-inoculations vulvaires peuvent développer des pustules que les grattages déchirent et qui ont une analogie considérable avec des plaques muqueuses ulcérées. Les vaccinides par auto-inoculations se distinguent des premières par leur apparition plus tardive (douzième au quinzième jour). Toutefois, ce caractère n'a pas une valeur absolue, et le mémoire de Dauchez contient des observations où on le trouve en défaut.

Le groupe des éruptions indirectes ou suscitées par la vaccine en vertu de prédispositions spéciales au sujet (diathèse dartreuse, etc.) comprend :

1° La roséole vaccinale de forme maculaire (érythème ou rash vaccinal) ou papuleuse (érythème ortié) est apyrétique, paraît du huitième au onzième jour après l'inoculation sans fièvre ni catarrhe des muqueuses (différence avec la variole), se prolonge deux ou trois jours par poussées successives, et disparaît sans desquamation. Elle doit être différenciée de la rougeole, des éruptions dentaires ou médicamenteuses (chloral, morphine, belladone). C'est la forme la plus commune des éruptions provoquées par la vaccine.

2° La miliaire vaccinale, beaucoup plus rare que la précédente et comme elle sans gravité, survient du huitième au onzième jour. Aucun signe ne la distingue des miliaires de cause interne.

3° Le pemphigus plus rare encore et qui ne s'observe guère que chez les cachectiques (atrepsiques, tuberculeux).

4° L'*eczéma*, chez quelques sujets, dans ses formes circonscrite ou généralisée, est suscité par la vaccine. Ceux qui présentent déjà des placards eczémateux y sont prédisposés, d'où le précepte de différer en l'absence d'épidémie variolique, leur vaccination pour éviter la vaccine surnuméraire ou une généralisation de l'eczéma.

5° L'hémophilie peut, pendant la période vaccinale, déterminer du purpura. Ce purpura vaccinal fébrile est exceptionnel, c'est une forme de vaccine hémorragique analogue à la variole hémorragique. Il est généralement bénin. H. DANLOS.

XIV. — En 1882, l'auteur a vacciné, le même jour et avec le même vaccin de génisse, 5 enfants, dont 2 seulement ont présenté tous les signes d'une vaccination réussie. Les 3 autres ont eu successivement un peu d'engorgement du bras, avec plus ou moins de douleur, mais sans rougeur au niveau des piqûres et qui a disparu au bout de huit jours en

laissant dans l'épaisseur du muscle un petit noyau, roulant sous le doigt.

Reprenant, après un mois environ, la vaccination d'un de ces enfants, et cette fois-ci par la méthode de bras à bras, il vit se développer, après 36 heures, de la rougeur et du gonflement du bras, en somme de la fausse vaccine telle qu'on l'observe lorsqu'on vaccine des individus réfractaires ou possédant l'immunité.

La revaccination des 2 autres enfants échoua d'abord complètement et réussit ensuite à produire de la fausse vaccine sur l'un d'eux.

Pour l'auteur, et suivant l'avis de Bouley, l'anomalie vaccinale en question était due à la trop profonde pénétration de l'aiguille à vacciner; le virus vaccin a déterminé sous le derme un travail inflammatoire dont les propriétés à transmettre l'immunité contre la variole seraient tout à fait les mêmes que celle de la pustule. M. SCHACHMANN.

Respiration de Cheyne-Stokes, par P. O'CONNELL (*Brit. med. journ.*, 2 *février* 1884).

L'auteur fut appelé le 18 juillet 1879 pour accoucher une femme de 25 ans. Le travail dura six heures et demie environ. L'accouchement fut naturel et facile. L'enfant du sexe masculin paraissait sain; il était de taille et de poids moyens. Il commença à respirer immédiatement après l'expulsion de la tête et de la poitrine, mais cinq heures après la naissance la respiration s'embarrassa, puis cessa tout à fait. O'Connell fut mandé en toute hâte; il arriva à temps pour constater tous les signes de la mort par asphyxie.

Pendant qu'il examinait le corps, l'enfant fit une grande respiration et quelques secondes après une deuxième. La respiration s'accéléra peu à peu, devint normale, puis très fréquente; puis elle se ralentit et cessa de nouveau. La période d'apnée dura cinq minutes, montre en main. Dans l'espace de sept heures, l'enfant eut douze crises. Il succomba douze heures après la naissance, pendant une période d'apnée. Les parents étaient alcooliques et de plus la mère avait usé et peut-être abusé des bromures, du chloral et des opiacés pendant sa grossesse. J.-B. H.

La diarrhée graisseuse chez les enfants, par ISCHERNOW (*Cent. f. klin. Med.*, 27 *septembre* 1884).

L'auteur a calculé la proportion de matières grasses entraînées dans les fèces, dans l'état de santé et dans diverses maladies; il a reconnu que la diarrhée graisseuse ne pouvait pas être considérée comme une affection idiophathique. Ce n'est qu'un symptôme commun à plusieurs maladies.

Chez des enfants en bonne santé, on trouve dans les fèces de 25 à 30 0/0 de graisse; chez deux enfants nés prématurément, 47 à 57 0/0. Dans un cas d'érysipèle la proportion était de 52 0/0; dans un cas de pneumonie catarrhale, 51 0/0; à la suite d'un gros abcès, 67 0/0; quand l'abcès eut été ouvert, 48,3 0/0. Un cas d'ictère, avec gonflement du foie, de la rate et diarrhée profuse, a donné 75,3 0/0. A. C.

Carcinoma of the stomach in a child, par Norman MOORE (*Pathol. Soc.; Med. Times*, 22 *novembre* 1884).

Fillette de 13 ans, entrée à l'hôpital, dans un état d'anémie extrême

avec léger œdème de la face, des mains et des pieds. Bruit systolique, à gauche, à la base. Pas d'albuminurie. Douleurs vives dans la région épigastrique. Jamais de vomissements de sang; hypertrophie de la rate. Deux jours avant sa mort l'enfant se plaignit de douleurs dans l'abdomen.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'estomac, que l'examen microscopique fit reconnaître pour un carcinome. Il y avait de la péritonite récente.

La grand'mère paternelle de l'enfant était morte de cancer du côlon descendant à l'âge de 58 ans (autopsie faite par le Dr Wallis).

A. C.

Case of leucythemia in a child aged five years and a half, par WADHAM (*The Lancet*, 26 *janvier* 1884).

Un enfant de cinq ans, vigoureux, sans aucun antécédent morbide est pris sans cause connue de douleurs de ventre, avec constipation, toux et insomnie. Six semaines après il entre à Saint-George Hospital où on constate une pâleur marquée du visage, sans amaigrissement. La peau est sèche et âpre au toucher; il existe une hypertrophie chronique des amygdales avec légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Langue sale, gencives tuméfiées, pâles et douloureuses; haleine fétide; un peu de toux. Rien d'anormal du côté du cœur ni des poumons; ventre ballonné et résistant; pas d'hypertrophie notable du foie ni de la rate. Température 38,2; pouls faible et rapide. Les jours suivants anémie rapidement croissante; appétit nul; vomissements alimentaires et bilieux fréquents et constipation. Pas d'albumine dans l'urine. L'examen microscopique du sang montre qu'il existe environ trois globules blancs pour un rouge (?) On administre inutilement le fer, le quinquina, la viande crue. L'enfant succomba douze jours après son entrée. A l'autopsie on trouve les viscères tachetés d'ecchymoses. Les poumons sont pâles, mais sains du reste. Cœur dilaté, à parois grisâtres et friables; cavités cardiaques pleines de caillots cruoriques d'un rose pâle. Les ganglions mésentériques hypertrophiés atteignent le volume de petites noix; le foie pâle, mais non friable, pèse 800 grammes et semble farci de petites masses opaques, d'un blanc jaunâtre. La rate, du poids de 15 grammes renferme plusieurs infarctus également jaunâtres. L'examen histologique manque, ainsi que la mention de l'état de la muqueuse intestinale.

H. BARTH.

Note sur trois cas de purpura infectieux foudroyant chez l'enfant, par GUELLIOT (*Brochure, Paris*, 1884).

Du mois de septembre au mois de novembre de l'année 1883 Guelliot a observé dans la même rue, à Reims, une affection curieuse remarquable par sa marche foudroyante sur des enfants dont le plus âgé n'avait pas plus de 3 ans. Chez tous le début était brusque, et ce sont des symptômes nerveux qui ouvraient la marche : convulsions, dyspnée de forme spéciale, vomissements. Plus tard la gêne de la respiration s'accentuait et le malade tombait dans le coma; le plus âgé des enfants accusait une douleur vive dans les lombes.

Après quelques heures apparaissent des taches purpuriques symétriquement disséminées sur la face antéro-interne des cuisses, foncées d'abord, puis plus vives, franchement rouges, ensuite pourpres et enfin

noires. Elles envahissent le tronc, gagnent la face en procédant toujours avec symétrie.

La mort survient au bout de 15 heures du début dans le marasme.

Comme étiologie et pathogénie l'auteur met en avant 3 points : le lymphatisme comme cause prédisposante, l'insalubrité d'un quartier marématique et la température basse et humide comme causes déterminantes.

L'auteur conclut que la maladie décrite est de nature infectieuse; l'agent morbifique, probablement miasmatique, paraît avoir impressionné d'abord le système cérébro-spinal et le purpura lui semble être ici une manifestation d'origine nerveuse. M. SCHACHMANN.

I. — Un cas de diabète insipide, par HAGENBACH (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aertze, n° 6, p. 143, 15 mars 1883*).

II. — Ein Beitrag zur Therapie des Diabetes insipidus, par LUNIN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXI*, 1884).

I. — Fillette de 4 ans chez laquelle la polyurie a débuté neuf mois avant la mort. L'altération était extrême, la quantité journalière d'urine s'élevait à dix litres; l'enfant était émaciée et d'humeur chagrine. Aucun phénomène nerveux. Dans les quatorze derniers jours se développa une méningite tuberculeuse.

A l'autopsie on trouva un tubercule caséeux de l'infundibulum, de la méningite tuberculeuse, un foyer de ramollissement dans le corps strié droit et une dilatation des quatre ventricules cérébraux. (*R. S. M.*, II, 694 et 856; VIII, 154; X, 58; XIX, 550 et 551; XXII, 163.) J. B.

II. — Fille de 11 ans. Dès l'âge de deux ans apparurent la polyurie et la polydipsie sans cause appréciable. Ces symptômes augmentèrent d'intensité à mesure que l'enfant grandissait et entre temps elle eut la scarlatine, la variole et la coqueluche, sans que la première maladie en fût influencée. Dans les fèces on constate des œufs de tænia mediocanellata. Soif continuelle; l'enfant absorbe jusqu'à 9 à 10 litres d'eau par jour et rend 7-8 litres d'urine claire, à peine jaunâtre, légèrement acide, densité 1,001, ne contenant ni sucre ni albumine et aucun élément figuré. Un traitement approprié amène l'expulsion du tænia.

On donne alors trois fois par jours, ensuite quatre fois 5 centigrammes de salicylate de soude (Ebstein). Pendant cinq jours le taux de l'urine tombe de 7 à 5,000 grammes pour les vingt-quatre heures, mais la quantité ne diminuant pas on substitue au salicylate une infusion de valériane (5 0/0). Sous l'influence de ce médicament la quantité d'urine tombe progressivement à 2,500 grammes.

Au bout de dix jours on administre de l'ergotine et la quantité d'urine tombe à 1,100-1,200 grammes, se maintenant à ces chiffres même après la suppression du médicament. En même temps que l'urine devient plus foncée, que sa densité s'éleve à 1,010, le poids du corps de l'enfant augmente, la pâleur disparaît en même temps que les signes du diabète et la guérison est complète après un séjour de deux mois. M. SCHACHMANN.

Multiple cutaneous ulceration, par E. ATKINSON (*Am. journ. of the med. Sc. p.* 57, 1884).

Le cas intéressant rapporté par Atkinson a trait à une petite négresse de 28 mois, chez qui, sans cause connue, on vit se produire sur la face, le tronc et les membres, de petites papulo-vésicules, suivies de destruction superfi-

cielle du derme, puis d'ulcérations envahissantes, de plus en plus profondes, arrivant à détruire muscles, tissus fibreux, cartilages, et même plusieurs phalanges des doigts. Le processus était celui non de la gangrène en masse, mais de la destruction moléculaire et rapidement progressive. Les ulcérations n'étaient pas exactement symétriques, et semblaient peu douloureuses, soit spontanément soit au toucher. En même temps, l'enfant s'affaiblissait, et la marche était empêchée plutôt par la cachexie que par paralysie véritable. On n'a constaté nettement aucun trouble ni de la sensibilité ni des fonctions vaso-motrices.

Sous l'influence d'un traitement tonique et de pansements réguliers la guérison survint en six semaines, et l'enfant conserva seulement les pertes de substance et les cicatrices consécutives aux ulcérations.

L'auteur discute ensuite la pathogénie de cette singulière affection; il élimine toute intoxication mercurielle, médicamenteuse, ou par l'ergot de seigle; d'autre part, il note l'absence de sucre ou d'albumine dans l'urine. Il rapproche ce fait de ceux décrits récemment par Oscar Simon, également chez de jeunes enfants, sous le nom de gangrènes cachectiques multiples, et pense qu'il s'agit là de plaques de sphacèle dues à des thromboses cachectiques, ou peut-être à des troubles vaso-moteurs, à une trophonévrose comparable, à certains égards, à la gangrène symétrique de Raynaud. A. CHAUFFARD.

Note sur un cas de béribéri observé à Paris par A. NICOLAS (*Journ. de méd. de Paris, p.* 403, 6 *septembre* 1884).

Enfant de 14 ans, d'origine chinoise, élevé en France depuis le jeune âge. Au mois de novembre 1883, l'auteur le soigne pour des accidents qui rappellent une fièvre typhoïde; dans le cours de la maladie, pleurésie. On remarqua le contraste singulier entre la fréquence du pouls et le peu d'élévation de la température, 120, 140; 36, 37°. Au moment où le malade semblait entrer en convalescence, on note un œdème léger de la face. Ce nouveau symptôme fit penser au béribéri et l'on apprit que l'enfant avait fait, l'année précédente, un séjour d'un mois en Chine. Le diagnostic fut confirmé à bref délai par la généralisation de l'hydropisie, l'hypertrophie du foie, l'émaciation, etc. Mort après quelques mois.

L'auteur avait eu l'occasion d'observer à bord du *Méridien*, une épidémie de béribéri; il avait insisté à ce moment sur l'œdème de la face, comme signe avant-coureur des accidents, et sur l'origine probable de la maladie par l'usage du riz. Il est intéressant de noter ce fait d'une maladie exotique, éclatant à Paris, après un court séjour dans les foyers endémiques et la possibilité d'une confusion avec une affection typhique, surtout aux périodes de réveil épidémique. A. C.

Tubercules du rein gauche et de la vessie chez un enfant de quatre ans, par CANAC (*Journal de méd. de Bordeaux, n°* 5, 31 *août* 1884).

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, apporté à l'hôpital pour un œdème généralisé de tout le corps, principalement paupières et membres inférieurs, et qui succombe deux jours après son entrée.

L'autopsie révéla la présence de tubercules dans toute l'étendue des poumons, et d'une petite caverne au sommet droit. Des lésions de même nature sont observées sur les organes urinaires : le rein gauche, cinq fois plus volumineux que le droit, est semé de tubercules dans toute son étendue; on

remarque une petite caverne superficielle siégeant sous la capsule, de la grosseur d'une noisette. A la place des pyramides, on trouve des cavités de même forme, tapissées d'une couche épaisse et blanchâtre, qui s'enlève facilement par le raclage; dans l'intervalle des pyramides, nombreux tubercules ; dans le bassinet et l'uretère, même membrane blanchâtre. L'uretère gauche s'ouvre dans la vessie au milieu d'une ulcération ronde, d'un centimètre de diamètre, à bords taillés à pic et même retournés, à fond grisâtre et déprimé. Sur le fond est une petite masse saillante, parsemée de points jaunes, dont l'aspect rappelle celui des productions tuberculeuses de la langue. Sur la face postérieure de la vessie existent quelques autres ulcérations plus petites.

L'uretère droit et la prostate paraissent sains. OZENNE.

Incontinence of urine in children, par Samuel S. ADAMS (*Journal of americ. med. Assoc.*, 3 *janvier* 1885).

L'auteur admet trois variétés d'incontinence :

1° Incontinence constante, la nuit comme le jour ; liée à un état pathologique sérieux (affection médullaire, mal de Pott, calcul, etc.);

2° Incontinence à forme intermittente, se produisant le jour aussi bien que la nuit. L'urine est gardée dans la vessie un certain temps, mais dès que le besoin d'émission se fait sentir, l'urine part, avant que l'enfant ait pu avertir.

La cause est, en général, l'urétrite, la vulvite, la présence d'ascarides dans le vagin, le rectum ;

3° La troisième variété, la plus fréquente, l'incontinence nocturne. L'auteur admet que bien des enfants rêvent qu'ils urinent et l'émission d'urine se produit, chez les garçons, par une excitation analogue à celle qui cause les pollutions chez l'adulte. Cette affection a été observée 46 fois sur 15,169 enfants traités à l'hôpital de Georgetown, 5 fois sur 2,058 enfants à l'hôpital de Boston, 4 fois sur 2,034 à Philadelphie, soit 55 fois sur 16,261 enfants malades.

L'auteur n'a pas trouvé de différences entre la race noire et la race blanche ; c'est toujours entre 8 et 12 ans, plus rarement au-dessous que survient cette infirmité. La belladone lui a paru le remède par excellence contre cette forme d'incontinence nocturne.

Pour les incontinences liées à un état pathologique, il faut remédier s'il est possible, à la cause (circoncision quand il y a irritation par phimosis, ablation des calculs, etc.).

L'auteur publie le résumé de 17 observations personnelles et une bibliographie des travaux sur ce sujet. A. CARTAZ.

Cyste im Hymen, par BASTELBERGER (*Archiv für Gynækologie, B. XXIII*, 3 *H.*, 1884).

L'auteur a eu l'occasion d'observer à la clinique de Munich deux tumeurs assez rares de la membrane hymen.

Les sujets étaient des nouveau-nés. La première de ces tumeurs, placée sur la face extérieure de la vulve et sur la ligne médiane d'un hymen très saillant, était du volume d'une lentille, d'une couleur jaune et transparente. Au microscope, elle était formée par une invagination de l'épithélium qui tapisse l'hymen sur sa face vulvaire ; elle était complètement enveloppée par

le tissu connectif de l'hymen, sauf en un point où les cellules épithéliales qui formaient la capsule se continuaient directement avec les cellules épithéliales de la surface hyménale. Le contenu était une agglomération de lamelles épithéliales plus ou moins altérées.

La seconde tumeur, qui occupait le même siège et présentait le même aspect était formée par deux plis du tissu hyménal séparés par un sillon. Le sillon était rempli lui-même par une accumulation de cellules épithéliales. L'auteur considère cette seconde tumeur comme représentant un stade de formation de la première. H. DE BRINON.

Vier Operationen mit Eröffnung des Bauchfelles bei Kindern (4 Laparotomies chez des enfants), par P. WAGNER (*Arch. f. klin. Chir., XXX, p.* 504).

Dans l'espace d'un an et demi, Thiersch a fait 4 laparotomies chez des enfants ; deux fois pour des sarcomes de l'ovaire, une fois pour une hydronéphrose et une fois pour un sarcome du rein. Cette dernière opération n'a été qu'une laparotomie exploratrice. Voici le résumé de ces opérations :

1° Fillette de 13 ans, non réglée, chétive, sujette depuis dix mois à des poussées de péritonite; abdomen distendu, sillonné de veines dilatées; une tumeur, de la grosseur d'une tête d'enfant, lisse, dure, indistinctement fluctuante, remplit tout le petit bassin ; l'exploration par le rectum et le vagin ne donne aucun renseignement. Diagnostic probable : tumeur maligne de l'ovaire. — Laparotomie; extirpation d'un cysto-sarcome de l'ovaire gauche; opération pénible en raison du volume de la tumeur et de ses adhérences nombreuses à l'intestin et à l'épiploon. Mort le lendemain soir; pas d'autopsie. Diagnostic histologique : sarcome à cellules rondes renfermant une grande cavité kystique ;

2° Fillette de 10 ans, délicate, portant depuis six mois une tumeur abdominale qui s'accroît rapidement; pas de poussées de péritonite. Tumeur dure, non fluctuante, du volume d'une tête d'enfant, occupant le flanc gauche et la région ombilicale. Laparotomie : pas d'adhérences; opération facile. Réunion immédiate, guérison. La tumeur était également un sarcome à cellules rondes, mais sans kyste.

3° Enfant de 4 ans bien constitué, portant depuis trois mois une tumeur indolente dans l'hypochondre droit; cette tumeur paraît faire partie du foie et donne, à la ponction, un liquide limpide comme de l'eau. On diagnostique un kyste hydatique du foie et on applique de la pâte de Canquoin sur le point le plus saillant de la tumeur; vingt-trois jours après on ponctionne à travers l'escarre avec le thermo-cautère; il sort un jet de liquide limpide et un fragment d'épiploon. Aussitôt, chloroforme, laparotomie, résection de la portion herniée de l'épiploon et examen de la tumeur, qu'on reconnaît pour une hydronéphrose du rein droit. Ce rein possède deux bassinets et deux uretères; c'est le bassinet et l'uretère supérieur seuls qui sont dilatés. Le rein gauche est normal. On coupe entre deux ligatures l'uretère dilaté et on sépare la tumeur de la portion saine du rein avec laquelle elle se confondait par un large pédicule; on laisse ainsi un demi-rein avec son uretère normal. Guérison.

4° Fillette de 4 ans 1/2; tumeur à développement rapide, compacte, dure, qui en l'espace de deux mois occupe toute la région lombaire et le flanc droit. Anurie presque complète. Laparotomie exploratrice; on trouve un énorme sarcome du rein et de l'abdomen; l'extirpation est impossible. Suture; guérison. L'enfant meurt sept semaines plus tard. On trouve à l'autopsie un sarcome à grandes cellules rondes, du poids de 2,650 grammes, en-

globant le rein et l'intestin. Noyaux métastatiques dans les poumons et le rein gauche.

A propos des deux premiers faits, Wagner signale la rareté des ovariotomies chez l'enfant. Hennig n'a pu en réunir que 12 cas, dont 9 sur des enfants de 12 à 15 ans, avec 6 guérisons, et 3 sur des enfants de 3 à 8 ans, avec 2 guérisons. Küster, en outre, en 1883, a extirpé avec succès un kyste de l'ovaire à une enfant de 20 mois. Les tumeurs ovariques sont donc rares chez l'enfant, mais se rencontrent surtout dans les trois années qui précèdent la puberté.

A propos du troisième fait il signale également la rareté des néphrectomies chez l'enfant et surtout des néphrectomies pour hydronéphrose; dans ce dernier cas, l'opération est presque toujours la conséquence d'une erreur de diagnostic. Chez l'enfant cependant on trouve mention de 8 néphrectomies (4 guérisons) dont 2 pour hydronéphrose (2 guérisons). Quant à l'anomalie rénale constatée sur le rein malade, elle n'est pas très rare. Weigert en a observé 7 cas et dit qu'on la rencontre au moins une fois sur cent; ce qui est très rare, c'est l'hydronéphrose d'une moitié de ce rein. Wagner cependant en a réuni 12 faits. Dans le cas actuel il est impossible de dire quelle a été la cause de l'hydronéphrose; il est probable que l'obstacle au cours de l'urine siégeait à la partie inférieure de l'uretère; ce peut être une coudure, un plissement, une valvule, un calcul ou même une terminaison borgne.

Dans le quatrième fait, l'anurie de la malade est également un phénomène inexplicable, car elle n'a jamais eu d'accidents de rétention ni d'urémie. DE SANTI.

Recherches sur la modification de la température par les onctions générales dans les maladies fébriles des enfants, par NASSER (*Thèse de Lyon*, 1884).

L'auteur a fait de nombreuses expériences d'onctions grasses sur des enfants âgés de 14 jours jusqu'à 6 ans et atteints de maladies fébriles. Il s'est servi de vaseline surtout, de cérat et d'axonge lorsque le premier de ces corps ne donnait aucun résultat.

D'une façon générale il a remarqué que chez plus des 9/10 des enfants l'onction déterminait immédiatement un abaissement de température de 0°,5 environ pour tomber ensuite encore de quelques dixièmes, mais pour remonter à la température primitive au bout de 3 à 4 heures. Un autre effet de ces onctions fut une accalmie très appréciable de l'agitation des patients.

De toutes les maladies c'est la scarlatine qui est la plus réfractaire aux onctions et la variole celle dans laquelle l'onction détermine l'abaissement le plus constant et le plus considérable de la température. Viennent ensuite la bronchopneumonie, la rougeole, la méningite, les oreillons, les angines tonsillaires.

L'onction réunie à l'hydrothérapie paraît encore plus efficace que l'onction seule.

Quant au mécanisme du refroidissement ainsi obtenu, l'auteur, tout en déclarant que le problème n'est pas encore résolu, se rallie à l'opinion de Laschkevicz, de Krieger et de Lomikowsky qui l'attribuent à l'irradiation. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 468.) M. SCHACHMANN.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Die venerischen Erkrankungen und deren Uebertragbarkeit bei einigen warmblütigen Thieren (Les maladies vénériennes et leur transmissibilité à quelques animaux à sang chaud), par J.-H. PROKSCH (*J. H. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph., p.* 309, 1883).

Ce travail de critique très consciencieux, basé sur l'analyse détaillée de 164 publications conduit aux conclusions suivantes :

Tout ce qui se rapporte à l'origine de la syphilis chez les animaux et à sa transmission accidentelle de ceux-ci à l'homme ou inversement, est absolument faux ou incertain.

Le transport expérimental du chancre mou de l'homme aux animaux et réciproquement, est au contraire scientifiquement prouvé. Les résultats obtenus par Auzias-Turenne, Diday, etc., ne laissent aucune place au doute.

L'inoculabilité de la syphilis aux animaux est elle-même rendue très vraisemblable par les recherches d'Auzias-Turenne, Legros et Lancereaux, Bradley, Klebs, Haensell. La disproportion énorme entre le chiffre des expériences et le petit nombre des résultats positifs, tient probablement à la connaissance imparfaite des conditions de succès, condition qui dans l'état actuel de la science ne se trouvent réalisées que par hasard.

H. DANLOS.

Ueber die Bedeutung der Wegner'schen Knochenerkrankung für die Diagnose und Therapie der hereditären Syphilis (Du diagnostic et du traitement de la syphilis héréditaire), par L. LOMER (*Zeitschrift für Geburts. und Gynæk., Band X, Heft* 2).

On sait que les altérations décrites par Wegner, comme caractéristiques de la syphilis osseuse chez le nouveau-né, sont la transformation en couche épaisse de la ligne d'ossification, qui à l'état normal ne forme à l'œil nu qu'une simple ligne : la présence dans le tissu osseux de noyaux cartilagineux, et dans le cartilage de traînées osseuses, le décollement de l'épiphyse ou l'existence de larges fissures dans le tissu osseux au-dessous de la limite d'ossification. Ces altérations sont très faciles à reconnaître à l'œil nu ou armé de la loupe.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 43 fœtus la plupart macérés ; 21 présentaient l'altération osseuse très nette ; chez ces 21 fœtus, l'existence de la syphilis héréditaire était établie par le poids anormal de la rate et du foie et par les anamnestiques. Dans neuf cas l'altération osseuse était peu prononcée ; l'existence de la syphilis dans ces cas était contestable. Enfin 13 fœtus soit 34 0/0 ne présentaient pas l'altération osseuse ; et un certain nombre d'entre eux présentaient des signes de syphilis, elle était même indéniable dans un cas.

La structure normale de l'os chez un fœtus macéré ne doit donc pas faire exclure l'hypothèse de la syphilis héréditaire. L'hypertrophie du foie et de la rate peuvent alors servir de preuve, en l'absence de l'altération osseuse. Les fœtus non syphilitiques sont généralement bruns et momifiés, tandis que les syphilitiques sont œdématiés et leurs téguments ont la coloration de la chair crue. Lorsque les fœtus macérés ne sont pas syphilitiques, on trouve le plus souvent la cause de leur mort et leur poids est en rapport avec la durée de la grossesse; ce qui n'a pas lieu pour les syphilitiques. Enfin le placenta présente une augmentation de poids anormale chez les fœtus syphilitiques.

L'examen de 21 embryons non syphilitiques a montré à l'auteur qu'en dehors de la syphilis on pourrait rencontrer des modifications de la ligne d'ossification; mais ces modifications ne présentent pas les caractères de l'altération de Wegner. Toutefois ces recherches établissent qu'il ne faut accorder une valeur diagnostique à l'altération de Wegner que lorsqu'elle est nettement caractérisée.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur possède deux observations personnelles, dans lesquelles l'iodure de potassium, employé seul, a permis d'obtenir une grossesse heureuse chez des syphilitiques qui n'avaient eu auparavant que des avortements. H. DE BRINON.

Ueber Reinfectio syphilitica, par NEUMANN (*Wien. med. Presse, n° 1 et suiv.*, 1884).

Si la réinfection syphilitique existe, elle doit constituer une rareté pathologique, au même titre que les récidives de variole, de scarlatine ou de fièvre typhoïde.

Elle est niée par les auteurs les plus autorisés : Ricord, Sigmund, Bærensprung, Fournier. Parmi les observations de plusieurs autres, il existe plusieurs récidives de chancre sans phénomènes secondaires; aussi peut-on se demander si des chancres mous survenus chez des syphilitiques, ou des ulcérations tertiaires n'ont pas été considérés à tort comme de véritables chancres indurés spécifiques.

L'auteur cite plusieurs cas d'ulcérations survenues chez des sujets déjà infectés et qui auraient pu induire en erreur; mais elles se sont accompagnées seulement d'adénopathies légères et n'ont jamais été suivies de roséole ni de plaques muqueuses. Il admet la possibilité d'une réinfection, car il croit à la guérison complète de la syphilis, mais dans des cas tout à fait exceptionnels. L. GALLIARD.

Ein Fall von Gehirnsyphilis im Beginn des secundären Stadiums (Syphilis cérébrale au début de la seconde période), par ZIEHL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, 1884).

Homme de 25 ans, robuste, ayant contracté la syphilis au commencement de l'année 1883, et chez qui se développent en mai des condylomes aux parties génitales et à l'anus. Il est traité à partir du 6 juin par les frictions. Les manifestations locales guérissent rapidement, mais le 28 juin, il a des convulsions du biceps brachial et du triceps crural à droite : on constate alors la parésie du facial et de l'hypoglosse droits et de la moitié droite du voile du palais. Intelligence et sensibilité conservées.

Le lendemain, parésie du membre inférieur droit et aphasie; le malade ne peut plus dire que oui et non, il est incapable d'écrire. Le soir, accentuation de l'hémiplégie faciale, parésie du membre supérieur droit.

30 juin. Paralysie complète du bras droit. Somnolence et torpeur intellectuelle.

2 juillet. Intelligence nette. A partir de ce jour les paralysies diminuent et depuis le 8 juillet l'aphasie s'atténue lentement. Le 1er septembre le malade est presque guéri.

Il a été traité par les frictions (5 grammes par jour) et 3 grammes d'iodure par jour. L. GALLIARD.

Some points in the relation of syphilis to pulmonary diseases, par John FERGUSON (*Medical news*, 17 *janvier* 1885).

Dans ce travail, l'auteur a surtout en vue les affections pulmonaires survenant tardivement comme manifestations de la syphilis héréditaire.

Quelques-uns des cas ne sont pas des plus probants; la tuberculose semble bien avoir existé en même temps que la syphilis. D'autres ont été observés à un âge avancé pour la syphilis héréditaire (20, 25 ans) et, malgré les dénégations des sujets, les investigations minutieuses de l'auteur, on peut toujours soupçonner une syphilis personnelle, non héréditaire.

Voici le résumé de quelques faits :

1° Jeune homme de 21 ans, signes de phtisie pulmonaire avancée. Aucun antécédent syphilitique. Le père porte les traces d'ulcérations pharyngées et avoue avoir eu un chancre, étant jeune. On administre au malade le traitement spécifique et la guérison ne tarde pas à être complète.

La sœur de ce jeune homme est prise, un an plus tard, d'accidents analogues du côté du poumon. Le traitement spécifique amena la guérison. Il faut noter qu'un frère était mort, plusieurs années auparavant, de phtisie pulmonaire.

2° Enfant né d'un père syphilitique. A l'âge d'un an, fréquentes attaques de laryngite spasmodique ; aucun résultat avec les traitements les plus divers. Administration d'iodure de potassium, onctions mercurielles. Guérison complète. Aucun antécédent pulmonaire dans la famille paternelle ou maternelle.

3° Jeune homme, soigné pour la syphilis 7 ans auparavant. Musicien dans un orchestre, il a contracté de l'asthme et une bronchite rebelle que rien n'a calmé. L'iodure de potassium a amené un rétablissement rapide.

L'auteur discute la question de savoir s'il s'agissait d'un asthme simple; il ne met pas en doute l'origine syphilitique des accidents.

4° Quatre enfants d'une même famille, de 18 mois à 7 ans, sujets à s'enrhumer et à avoir des bronchites tenaces. Le père avoue un jour avoir eu la syphilis. L'auteur donne aux enfants le mercure et les iodures et depuis ce jour, leur santé s'est complètement améliorée.

L'auteur croit que bien des cas de consomption pulmonaire reconnaissent pour cause originelle la syphilis héréditaire ; en tout cas la syphilis a déterminé un affaiblissement constitutionnel qui rend les sujets plus aptes à contracter la tuberculose. A. CARTAZ.

Ueber syphilitische Muskeleutzündung, par NEUMANN (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 *février* 1884).

L'auteur a étudié dans deux cas les lésions histologiques de la myosite.

syphilitique; il existe là une infiltration des vaisseaux contenus dans les gaines conjonctives; le tissu conjonctif s'épaissit et dissocie les faisceaux musculaires; les fibres contractiles, d'abord intactes, perdent bientôt leur striation puis dégénèrent d'une façon complète.

Les muscles auxquels l'auteur a emprunté ses matériaux avaient été mis à nu par des ulcérations profondes. Chez l'un des malades c'était le deltoïde gauche envahi par une gomme; chez l'autre c'était l'extenseur commun des orteils. Ce dernier sujet, âgé de 25 ans, offrait un exemple remarquable de syphilis à marche rapide; les gommes s'étaient développées dix-huit semaines après le chancre dans l'extenseur commun des orteils, le masséter gauche, le radial interne et le long supinateur du côté gauche, le biceps fémoral du même côté; elles avaient atteint la dimension d'une pomme sans gêner en rien les fonctions des membres.

L. GALLIARD.

Ueber Darmsyphilis (Syphilis intestinale), par KUNDRAT (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 *janv.* 1883).

L'auteur a observé neuf cas de syphilis intestinale. Le gros intestin n'a été intéressé qu'une fois, c'est dans le jéjunum ou dans la partie moyenne de l'intestin grêle qu'on trouvait les altérations le plus étendues.

L'auteur distingue deux formes de syphilis intestinale : dans l'une le processus est localisé aux plaques de Peyer et aux follicules isolés, dans l'autre il s'étend à tout l'intestin sous forme de foyers irrégulièrement distribués.

Dans les deux formes, il y a d'abord infiltration de petites cellules autour des vaisseaux, puis prolifération de l'endothélium vasculaire aboutissant à l'oblitération de ces organes et secondairement à la nécrose et à l'ulcération. En même temps, catarrhe de toute la muqueuse. Le péritoine est souvent lésé.

L. GALLIARD.

Die syphil. Stenosen des Œsophagus, par LUBLINSKI et G. LEWIN (*Berl. kl. Woch.*, 18 *avril* 1883).

Dans ce travail, Lublinski rapporte deux observations de rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

Homme de 29 ans, infecté il y a 10 ans, éprouvant depuis 3 semaines une dysphagie croissante. Pendant le cours du traitement spécifique que l'auteur lui fit subir, survint du psoriasis palmaire qui mit hors de doute le diagnostic de syphilis. Guérison par l'emploi combiné de l'iodure de potassium et du cathétérisme.

L'autre observation est celle d'un homme de 54 ans, infecté depuis 22 ans et ayant encore une gomme linguale. Début de la dysphagie il y a 8 semaines. Même traitement.

Il est vraisemblable que dans ces cas, il s'agit de gommes sous-muqueuses qui traitées convenablement subissent une régression, tandis que si elles sont négligées, elles s'ulcèrent et donnent lieu à un rétrécissement cicatriciel.

Les symptômes des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage n'offrent rien de caractéristique en eux-mêmes.

Le traitement doit être énergique. Mais, dans les cas récents, la mé-

dication spécifique est suffisante. Le cathétérisme peut même avoir des inconvénients, en lésant les gommes et en favorisant ainsi la production d'un rétrécissement cicatriciel.

Dans les cas invétérés, à côté du traitement anti-syphilitique, il faut recourir à un cathétérisme gradué et en apprendre la manœuvre au malade qui doit continuer longtemps, à intervalles, à s'introduire la sonde.

Enfin, lorsque le cathéter est impuissant, la gastrostomie se trouve indiquée.

Dans la discussion, *G. Lewin* remarque que les rétrécissements œsophagiens d'origine syphilitique sont une affection si rare que ni von Bærensprung, ni Zeissl, ni Sigmund, ni Ricord, ni Fournier, ni Bumstadt, ni Mauriac n'en rapportent d'observations personnelles.

Sur les 100,000 syphilitiques qu'il a soignés à la Charité de Berlin, Lewin n'en a pas non plus rencontré d'exemple. En revanche, il en a observé un dans sa clinique privée de laryngoscopie. Il s'agissait d'un homme de 58 ans, atteint depuis longtemps d'une dysphagie intense. L'examen montra un rétrécissement considérable de l'œsophage et l'existence d'ulcérations profondes dans le pharynx et superficielles dans le larynx. Comme manifestations externes actuelles de la syphilis, cet homme présentait un psoriasis palmaire.

L'infection remontait à une vingtaine d'années.

Au point de vue du diagnostic différentiel, Lewin cite un cas de rétrécissement de l'œsophage causé chez un syphilitique par un anévrisme de la crosse aortique. Ce fait montre les dangers possibles du cathétérisme. En revanche, l'examen laryngoscopique est un moyen précieux, en permettant de reconnaître l'existence non soupçonnée d'une paralysie de la corde vocale gauche. J. B.

Des localisations osseuses de la syphilis tertiaire ; de l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 7 *décembre* 1884).

La rareté des observations d'ostéomyélite gommeuse des os longs paraît tenir à l'insuffisance des recherches. Ces lésions, généralement multiples, existent souvent à l'état latent.

Elles sont caractérisées au point de vue macroscopique :

Par les porosités, les vermoulures, les trous et tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire et font communiquer les espaces sous-périostiques avec le canal médullaire généralement dilaté ; par la coloration jaune rose ou jaune d'or de la substance qui remplit ces cavités et le sinus intra-osseux ; par leur sécheresse ; par la rareté des séquestres de quelque étendue.

Au point de vue microscopique, elles sont remarquables :

1° Par l'existence d'un tissu fibrillaire adénoïde contenant dans ses mailles une masse considérable de petits éléments cellulaires, dont une partie est en voie de désintégration granuleuse ; à la périphérie des lésions existe souvent un processus de limitation scléreuse ;

2° Par l'absence de lésions notables du système vasculaire.

En raison des fonctions hématopoiétiques de la moelle des os, G... rapproche ces lésions de celles qu'on rencontre dans le foie, la rate.

La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales; l'existence d'une raréfaction générale du squelette est encore à démontrer. A. C.

Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenk-rheumatismus (Syphilis simulant le rhumatisme articulaire aigu), par ZIEHL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, 1884).

Les déterminations articulaires de la syphilis secondaire sont assez exceptionnelles pour causer des erreurs de diagnostic quand on n'a pas sous les yeux les exanthèmes spécifiques ou les hypertrophies ganglionnaires. En voici deux observations:

1° Une servante de 17 ans, toujours maladive, souffre depuis huit jours de douleurs au genou droit et depuis deux jours de douleurs et de gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite, puis du genou gauche. Cette dernière jointure contient un peu de liquide; la peau est chaude. On prescrit à la malade du salicylate de soude qui n'atténue en aucune façon les phénomènes locaux, mais fait seulement disparaître la fièvre. Le troisième jour, l'auteur découvre des condylomes aux grandes lèvres et constate que les ganglions sont hypertrophiés; il fait administrer immédiatement trois grammes d'iodure de potassium, puis y ajoute des frictions mercurielles et rapidement les douleurs et le gonflement disparaissent. — Pas de roséole.

2° Une femme de 23 ans se plaint depuis deux jours de douleurs vives à l'épaule gauche et au genou droit sans gonflement. Le salicylate est inefficace. Après deux jours d'attente, elle entre à l'hôpital où l'on constate des condylomes aux grandes lèvres et des hypertrophies ganglionnaires multiples. Pas d'exanthème. Guérison rapide sous l'influence du traitement mixte.

L. GALLIARD.

Sur le chancre syphilitique hypertrophique, par ZWETITCH (*Thèse de Paris*, 1884).

Le chancre hypertrophique syphilitique a une évolution très lente variant de trois à sept mois, ce qui a pu quelquefois le faire confondre avec un cancroïde. Il est presque toujours extragénital et siège de préférence à la face. Son diagnostic est facilité par l'existence actuelle ou récente des accidents secondaires et de l'engorgement des ganglions. Son pronostic est, en général, très bénin en tant que lésion locale; et il n'indique nullement une plus grande gravité dans la syphilis. H. DANLOS.

Pemphigus syphiliticus, par ZIEHL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, 1884).

Paysanne de 29 ans, entrant le 28 août 1882 à la clinique d'Heidelberg avec des ulcérations de la bouche et de la gorge. Elle est malade depuis le mois de janvier, mais n'a pris que quelques pilules dans les derniers temps. On diagnostique une stomatite mercurielle et l'on constate des syphilides papuleuses et nodulaires aux bras, des ulcérations à l'ombilic et des cicatrices brunâtres en diverses régions.

Tandis que la stomatite guérit sous l'influence du chlorate de potasse, on voit apparaître de nouvelles papules qui nécessitent l'emploi des pilules de Ricord et de la décoction de Zittmann.

Malgré le traitement, l'éruption augmente, et les anciennes papules s'ulcèrent, la stomatite s'aggrave. On essaie encore les frictions qu'il faut bientôt suspendre.

Au commencement d'octobre les papules ne se montrent plus que rarement, mais l'auteur voit survenir, soit autour des ulcérations, soit dans des régions jusque-là respectées, des taches rouges qui se recouvrent de bulles d'abord pleines de sérum, puis, au bout de 24 heures, remplies de pus. Quand ces bulles ont crevé, le derme reste recouvert de détritus grisâtres. Pendant le mois d'octobre les bulles pemphigoïdes se montrent partout, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds et les ulcérations qui en résultent finissent par recouvrir un tiers de la surface totale des téguments. Le traitement est impuissant, les bains prolongés apportent seuls quelque soulagement à la malade qui est atteinte de fièvre, d'œdème des jambes, de diarrhée et succombe le 2 novembre.

A l'autopsie, tuméfaction de tous les ganglions lymphatiques; dégénérescence amyloïde légère des reins. Pas d'autre lésion viscérale.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'un pemphigus syphilitique vrai, malin, de l'adulte.

L. GALLIARD.

De la syphilis équine (mal du coït, dourine, etc., par Th. LAQUERRIÈRE (*Gaz. hebd.*, *n*° 31, 1883).

L'auteur fait l'histoire complète du mal du coït, qu'il désigne sous le nom de syphilis équine, afin de bien exprimer l'identité qu'il cherche à établir entre la maladie du cheval et la syphilis de l'homme. On trouvera dans ce travail tous les documents invoqués à l'appui de cette idée. La description symptomatique du mal du coït est calquée sur celle de la syphilis. Après une période d'incubation dont la durée varie de six jours à deux mois surviennent des accidents locaux, vésicules, pustules, papules, quelquefois véritables chancres. M. Trasbot a obtenu sur une jument soumise plusieurs fois à l'accouplement avec un étalon porteur de plaques muqueuses, une petite ulcération qui, d'après le témoignage de M. Fournier, présentait tous les caractères du chancre parcheminé. A cette syphilis locale succède la syphilis constitutionnelle. L'infection de l'économie provoque des accidents qui, d'après leur ordre d'apparition, sont divisés en précoces ou tardifs ou encore en accidents secondaires ou tertiaires. Les accidents secondaires comprennent les œdèmes et les engorgements des organes génitaux du mâle et l'œdème de la vulve chez la femelle, une éruption polymorphe de la muqueuse génitale, l'adénite inguinale, des syphilides cutanées, des troubles des organes digestifs, des fonctions de nutrition et d'innervation, les atrophies et les algies musculaires, les claudications, l'amaigrissement, l'adénopathie générale. Les accidents tertiaires, dont l'évolution coexiste souvent avec celle des accidents secondaires, comprennent les paralysies locales, la paraplégie, la paralysie générale, le ramollissement du cerveau et de la moelle, la cachexie, etc.

Quelque analogie que puissent présenter les symptômes du mal du coït et ceux de la syphilis humaine, l'identité des deux maladies ne peut être démontrée que par l'étiologie et l'expérimentation. Au point de vue étiologique, l'auteur accepte l'opinion autrefois exprimée par le général Daumas, à savoir que la dourine ou mal du coït est une maladie vénérienne communiquée à l'ânesse par le crime de bestialité assez commun en Afrique, prise par le baudet, puis donnée à la jument lorsqu'on veut lui faire jeter des mulets. Signol, Vitel, Viardot ont également cité la bestialité comme cause originelle de la syphilis équine.

L'auteur considère donc que le mal du coït n'est autre que la syphilis transmise par l'homme à la jument ou à l'ânesse. P. MERKLEN.

I. — Sur la virulence du bubon chancreux, par I. STRAUS (*Bull. de la Soc. de biol.*, *n°* 39, 1884).

II. — Sur l'adénite chancreuse, par HORTELOUP (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 17 *décembre* 1884).

I. — Tout le monde admet depuis les travaux de Ricord, que le chancre mou peut donner naissance à un bubon simple à pus non inoculable, et à un bubon chancreux à pus inoculable. M. Straus a examiné, au Midi, dans le service de M. Mauriac, le pus de 42 bubons ayant pour cause des chancres simples. Ces bubons étaient à diverses phases d'évolution; tous contenaient néanmoins du pus. Après avoir lavé la peau, M. Straus a ouvert le bubon, pris du pus et l'a examiné. Jamais dans les 42 cas il n'est arrivé à colorer et à constater de micro-organismes, ce qui le porterait à revenir sur la conclusion qu'il avait formulée, à savoir qu'il y a toujours des micro-organismes dans le pus phlegmoneux. Il a ensemencé des tubes avec ce pus et tous sont restés intacts. De plus, il a pratiqué des inoculations qui toutes sont restées négatives, alors que les inoculations faites parallèlement avec le pus du chancre générateur du bubon ont été positives. Enfin, en isolant de tout contact avec le chancre, et dès l'ouverture, le bubon à l'aide de coton flambé, sans se servir de quelque antiseptique, M. Straus a toujours vu les bubons se comporter comme des bubons simples; jamais ils ne sont devenus chancreux. M. Straus se croit donc en droit de conclure que, lorsque le bubon du chancre mou devient chancreux, c'est que sa plaie d'ouverture a été contaminée par le pus venu du chancre lui-même qui a souillé directement cette plaie. Le bubon chancreux disparaîtra donc complètement quand on évitera la contamination du bubon par le chancre qui lui a donné naissance.

II. — L'auteur n'admet pas la théorie de M. Straus, d'une façon générale. Il cite, à ce propos, l'exemple d'un malade récemment entré dans son service pour un chancre mou au niveau du frein. L'ouverture du bubon fut faite avec les précautions antiseptiques et l'inoculation du pus à l'ombilic donna 4 jours plus tard un chancre qui, réinoculé, se développa sur un autre point.

M. Horteloup pense que M. Straus s'est trop hâté de nier le bubon chancreux. A. C.

Contribution à l'étiologie et la thérapeutique des bubons vénériens, par KOSMOVSKI (*Rousskaia Medizina*, *n.* 16 à 28, 1884).

L'auteur déduit de l'observation de 525 cas de chancre mou les concluclusions suivantes :

1° L'auteur envisage tous les bubons observés chez ses malades comme infectieux ;

2° Un traitement tardif favorise l'apparition des bubons. Les malades qui entraient à l'hôpital trois jours au plus tard après l'apparition de l'ulcère n'eurent jamais de bubons, tandis que chez ceux qui entraient dix

jours après le début du chancre ou plus tard on observait dans 48 0/0 de cas la formation des bubons ;

3° Les conditions défavorables au point de vue de l'hygiène du milieu où vit le malade augmentent la fréquence des bubons et de leur terminaison par suppuration ;

4° La fréquence des bubons et de leur suppuration sont dans une certaine dépendance du nombre des chancres chez le même sujet ;

5° La localisation du chancre exerce une influence notable sur la fréquence des bubons, mais n'a aucune influence sur leur terminaison par suppuration ou résolution. Le maximum de fréquence des bubons s'observe dans les cas de chancre du frein (42 0/0) et le minimum dans les cas où l'ulcère se trouve sur le prépuce. La fréquence de la suppuration est indépendante du siège du chancre (elle est toujours de 30 à 33 0/0) ;

6° Les bubons du chancre mou se rencontrent plus souvent à gauche (52 0/0) qu'à droite (32 0/0. Les bubons des deux côtés à la fois sont rares (17 0/0.)

Le traitement antiseptique des chancres (acide phénique, salicylique, iodoforme, sublimé) est le meilleur moyen préventif contre les bubons. Quant au traitement des bubons, l'auteur commence toujours par les badigeonnages avec la teinture d'iode, la compression de la tumeur, application de la glace.

W. HOLSTEIN.

Abortive Behandlung weicher Schanker (Traitement abortif du chancre mou), par HEBRA (*Wien. med. Presse*, n° 14, 1884).

Dans dix cas de chancre mou, l'auteur a employé avec succès l'acide salicylique en poudre. Il a suffi de faire pendant deux ou trois jours une application sous l'ouate en renouvelant le pansement toutes les vingt-quatre heures, puis d'appliquer pendant un ou deux jours une pommade indifférente pour amener la guérison complète.

Le traitement n'a jamais dépassé six jours et l'adénopathie inguinale a constamment été conjurée, ce qui est un résultat remarquable.

Dans un cas l'auteur a guéri en deux jours un chancre mou qui avait résisté pendant des mois à tous les agents thérapeutiques.

L. GALLIARD.

De l'urétrite postérieure simple ou compliquée, par J. ERAUD (*Lyon méd.*, 25 *janvier* 1885).

L'auteur n'admet pas l'opinion de Jamin (Voy. *R. S. M.*, XXV, 269). D'après lui, l'urétrite postérieure n'est pas une complication de la blennorragie ; on la rencontre dans tous les cas. Elle peut ne se révéler par aucun symptôme spécial et rester à l'état latent. Seule, la méthode du lavage de l'urètre antérieur et de la miction dans plusieurs verres permet de la constater.

Elle disparaît totalement ou s'amende notablement lors de l'épididymite. Elle est facilement amendée par les balsamiques et surtout rapidement guérie par les instillations et les lavages de nitrate d'argent.

A. CARTAZ.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Varieta delle circonvoluzonii cerebrali nei pazzi (Variétés des circonvolutions cérébrales chez les aliénés), par POGGI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. I-II*, 1884).

L'auteur a examiné cinquante cerveaux dans le musée anatomo-pathologique de Pavie au point de vue du volume, du poids et du développement de leurs diverses parties. Le poids du cerveau est en moyenne supérieur chez l'homme sain et le rapport du poids du cervelet avec celui du cerveau est souvent altéré, car il participe rarement aux processus qui augmentent (épilepsie) ou diminuent (paralysie) le poids des lobes cérébaux.

Les deux hémisphères varient dans leur développement : les particularités principales qui indiqueraient une évolution imparfaite de l'hémisphère droit comparé au gauche, sont : 1° l'étendue exagérée de la scissure de Sylvius ; 2° l'interruption presque constante de la scissure interpariétale ; 3° la double racine de la circonvolution pariétale ascendante dans les circonvolutions pariétales supérieure et inférieure ; 4° la rareté dans le côté droit des plis fronto-limbiques ; 5° la longueur moindre de l'hémisphère et la bifidité du pôle occipital ; 6° la direction horizontale de la scissure calcarine ; 7° l'anastomose de la scissure occipito-pariétale interne avec celle de l'hippocampe ; 8° l'absence absolue à droite des anastomoses entre la scissure de Sylvius et le sillon temporal supérieur, et la rareté des plis d'union entre les circonvolutions temporales, états qui s'observent tous deux fréquemment à gauche. D'autres différences existent encore entre les cerveaux dans les deux sexes. Chez la femme c'est : 1° la fréquente bifidité du pôle occipital droit ; 2° la fréquente existence de plis d'union entre les deux circonvolutions occipito-temporales vers leur tiers antérieur ; 3° un développement moindre du pli courbe et du sillon orbito-frontal ; 4° la plus grande fréquence des communications du sillon fronto-pariétal avec ceux du lobule carré.

La proportion des anomalies des sillons entre l'hémisphère cérébral d'un homme sain et d'un aliéné serait indiqué par les chiffres 5,89 : 7,27. Cette différence résulterait de la grande fréquence de la duplicité de la scissure calcarine ou de la communication du sillon occipito-pariétal interne avec les sillons du lobule cunéiforme (44 fois sur 100, au lieu de 3,3 0/0 à l'état normal).

De même que Giacomini, l'auteur admet que les plis de passage et les circonvolutions surnuméraires sont plus fréquentes chez l'aliéné. Chez lui il faut citer encore la fréquente direction en bas de la branche antérieure de la sylvienne et quelquefois l'absence de ce sillon ; le peu de développement de la circonvolution frontale inférieure avec dégagement de l'insula ; le développement très accusé des plis fronto-limbiques, des plis interrompant la scissure calcarine et spécialement des plis de

passage de la scissure occipito-pariétale interne. Ces particularités réunies sur un cerveau pourraient être utiles pour le diagnostic de quelques formes congénitales d'aliénation. F. BALZER.

Sur un cas de cirrhose atrophique granuleuse disséminée des circonvolutions cérébrales. Note pour servir à l'histoire de la sclérose du cerveau chez les aliénés, par S. POZZI (*L'Encéphale*, 1883).

Observation fort curieuse, et vraisemblablement unique jusqu'à ce jour, d'une sclérose cérébrale, d'une espèce particulière, rencontrée chez un aliéné, vieillard de 64 ans, que nous avons eu l'occasion d'examiner à l'infirmerie spéciale du dépôt, avant de le diriger sur l'asile Sainte-Anne. Transféré à Ville-Evrard, ce malade, très affaibli intellectuellement et turbulent par intervalles, eut de nombreuses attaques épileptiformes, qui finirent par l'emporter.

En pratiquant l'autopsie, le Dr Rey reconnut sur le cerveau des altérations si peu ordinaires, qu'il jugea bon d'en confier l'examen au Dr Pozzi, qui constata une atrophie marquée et un aspect piqueté comprenant une grande partie des circonvolutions des lobes fronto-pariétaux. Malgré d'assez grandes dissemblances, c'est encore à la *sclérose tubéreuse* (Bourneville, Brissaud, Bruckner) que l'on peut, le mieux, comparer cette *cirrhose granuleuse atrophique* disséminée, qui pourrait bien n'être, en somme, qu'un degré plus avancé, ou la phase ultime et atrophique, d'une sclérose tubéreuse primitive. PAUL GARNIER.

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par MAIRET (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n°* 27, *t. I*, 1884).

M. Mairet, continuant l'exposé de ses études sur les échanges nutritifs dans les maladies du système nerveux, présente les conclusions suivantes : 1° la manie modifie diversement, suivant les périodes, l'élimination par les urines de l'acide phosphorique et de l'azote; elle augmente les échanges nutritifs; elle suractive la nutrition générale dans les périodes d'agitation, et la ralentit dans la période de dépression; 2° la lypémanie augmente les échanges en acide phosphorique qui se produisent dans la substance cérébrale; elle ralentit la nutrition générale; 3° dans l'épilepsie, en dehors des attaques et de l'état de mal, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifiée; les attaques augmentent l'élimination de l'acide phosphorique et suractivent les échanges dans le système nerveux.

I — Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren, par E MENDEL (*Berliner klinische Wochensshrift*, *n°* 17, *p.* 249, 23 *avril* 1883).

II. — Zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse der Irren, par MENDEL (*Berliner klin. Wochens*, *n°* 7, *p.* 112, 18 *février* 1884).

I. — Si l'on met en regard la constance des altérations corticales dans la paralysie générale et la variété des symptômes et de la marche de la maladie, on est forcé d'admettre que les différences cliniques tiennent moins à la plus ou moins grande intensité du processus qu'à sa répartition dans les diverses régions de l'écorce.

D'ailleurs, avec des phénomènes morbides identiques pendant la vie, la paralysie générale des aliénés peut se traduire à l'autopsie par un processus tout autre que le processus ordinaire.

Dans ces derniers temps, Mendel vient d'observer trois exemples de ce genre :

Chez l'un de ces malades, où l'affection avait duré 5 ans, la névroglie n'offrait néanmoins aucune altération importante : les cellules aranéeuses et la multiplication des noyaux étaient insignifiantes. En revanche, il existait des lésions des cellules ganglionnaires et des vaisseaux.

Les espaces lymphatiques, décrits par Henle et Meckel autour des cellules ganglionnaires, au lieu de leur contenu normal transparent, renfermaient une matière floconneuse, jaunâtre. En quelques endroits, ces espaces étaient considérablement dilatés.

Les cellules ganglionnaires, au lieu d'occuper à peu près le centre de l'espace lymphatique, étaient placées dans un angle ou tout au moins excentriquement. Leur noyau n'était que très peu distinct et un grand nombre de ces cellules étaient atrophiées.

Les artérioles et capillaires étaient vides ; certaines artérioles étaient rétrécies ou même oblitérées. En revanche, les veinules étaient gorgées de globules sanguins, leurs espaces adventitiels ou lymphatiques dilatés et remplis de la même matière floconneuse jaunâtre que les espaces lymphatiques péri-cellulaires.

Enfin, il existait une endartérite oblitérante de plusieurs ramuscules des artères sylviennes.

Mendel voit le point de départ de ces lésions dans l'altération des vaisseaux d'un certain calibre. Le rétrécissement de leur lumière a amené successivement l'anémie artérielle, la stase veineuse, la transsudation dans les espaces lymphatiques, et l'atrophie par compression des cellules nerveuses.

On se trouve donc ici en présence d'un processus tout opposé au processus classique qui se passe dans la névroglie et débute par l'hyperémie. L'un et l'autre d'ailleurs, par des voies différentes, aboutissent au même point, à l'atrophie des cellules nerveuses et à la démence.

Dans ce dernier cas, c'est l'obstruction des espaces lymphatiques qui joue le rôle principal, car, avec la disposition particulière qu'ils offrent dans le cerveau, leur oblitération met obstacle à l'arrivée du sang dans les capillaires.

II. — En examinant des cerveaux de paralytiques généraux, par la méthode d'Exner, Tuczek avait trouvé une atrophie des fibres à myéline dans certaines régions de la substance corticale du cerveau et il en avait conclu que l'atrophie des tubes nerveux était la lésion primitive de la maladie.

Mendel a repris ces recherches en se servant de la méthode de Weigert. Il lui a été impossible de constater de différence essentielle entre les fibres à myéline de cerveaux sains et celles de cerveaux malades. (*R. S. M.*, I, 824 et 826; II, 268; III, 270, 275, 276 et 678; V, 211; VI, 221; VII, 666; IX, 234; X, 601; XII, 616 et 617; XIII, 667, et XX, 243.)

J. B.

Case of general paralysis in a young woman, commencing at the age of fifteen (Cas de paralysie générale chez une femme, avec début à l'âge de 15 ans), par WIGLESWORTH (*Journal of mental Science, juillet* 1883).

Il s'agit d'une jeune fille non menstruée, indemne d'antécédents héréditaires, et paraissant jouir d'une intelligence moyenne. Vers l'âge de 15 ans, elle commença à présenter de l'amnésie et une sorte de paralysie incomplète. Les facultés intellectuelles baissèrent considérablement et la malade fut internée dans un asile d'aliénés à l'âge de 21 ans, offrant à ce moment la plupart des signes habituels de la paralysie générale, embarras de la parole, démence, etc. Elle mourut deux mois après son entrée et l'autopsie révéla les lésions propres à l'encéphalite chronique généralisée. P. G.

Zur Casuistik des inducirten-Irreseins (Contribution à l'histoire clinique de la folie induite (folie à deux), par G. LEHMANN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Band XIV, Heft* 1, *p.* 145).

L'auteur commence par passer en revue les principales opinions qui ont été émises au sujet de la folie à deux, folie communiquée, qu'il propose d'appeler folie induite, qui a été décrite pour la première fois par M. Baillarger (1857). Il publie cinq observations nouvelles de ce genre de folie.

La première concerne une fille de 35 ans, sans antécédents psychopathiques héréditaires. Cette fille était d'une assez bonne santé, sauf qu'elle était sujette à des maux de tête. Au commencement de l'année dernière, elle éprouva de violents chagrins qui n'ont pas exercé d'influence immédiate sur ses facultés intellectuelles. Peu de temps après au moment où elle avait ses règles, elle fut placée auprès d'un parent frappé de démence. Dès la première semaine, elle dut résigner ses fonctions de garde-malade parce qu'elle sentait sa tête se déranger. Elle était assiégée de mauvaises idées et manifestait des dispositions hostiles à l'égard de sa mère qu'elle accablait de reproches; elle mettait le désordre dans le ménage, pénétrait dans les maisons des voisins pour les molester. Ces troubles psychiques se manifestaient par accès, dans les intervalles desquels la malade était parfaitement calme et assidue au travail. Le parent (un cousin germain) au contact duquel la jeune fille avait eu les idées dérangées était en proie à une sorte de délire des persécutions; il croyait avoir commis une mauvaise action et il se voyait sans cesse sur le point d'être puni. Le malade était parfaitement calme; quatre de ses frères étaient idiots.

La seconde observation se rapporte à une fille de 33 ans, qui était d'un tempérament très impressionnable. Sa sœur, plus âgée de deux ans, était en proie à des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût, à la suite d'une nuit de débauche passée par aventure avec un jeune homme qui avait été recueilli dans l'auberge tenue par la mère. La plus jeune des deux sœurs étant, dans l'intervalle, rentrée dans sa famille, ajouta pleine foi aux récits délirants que lui fit l'aînée et tomba bientôt en proie aux mêmes hallucinations sensoriales. Un séjour de deux semaines, à Nancy, améliora son état psychique. Mais à son retour dans la famille la folie la reprit de plus belle. Les deux sœurs ont été admises en traitement à l'hospice de Sarreguemines, et placées dans des salles séparées. La plus jeune a guéri, l'aînée est restée dans le même état. Chez toutes deux, l'aménorrhée coïncida avec le début des accidents psychiques; les règles se rétablirent chez l'aînée au bout de six mois et demi, chez l'autre au moment de la guérison.

Une jeune fille juive âgée de 18 ans, qui comptait des déments dans sa famille, avait eu des convulsions dans sa jeunesse; elle était très impression-

nable, sujette aux maux de tête, et par moments elle perdait la mémoire. Dans les derniers temps elle était tombée dans une apathie profonde, interrompue par des accès de fureur provoqués par des motifs futiles. Elle fut admise à l'hospice de Sarreguemines. Après six mois de séjour, elle en sortait guérie. Lorsqu'elle fut revenue entièrement à la raison, elle raconta que son esprit s'était dérangé sous l'influence de l'impression qu'avait fait sur elle la folie d'un de ses frères qui vivait au sein de la famille. Plus tard, la démence du frère traversa une phase d'exacerbation, qui n'eut aucun retentissement sur la raison de la sœur, circonstance importante à noter.

Une femme de 47 ans fut admise à l'hospice de Sarreguemines en même temps que sa fille âgée de 20 ans. Cette femme était devenue sujette aux maux de tête, à la suite de sa troisième couche. Plus tard en 1875, elle prit la fièvre intermittente, et peu de temps après elle eut un accès de manie aiguë, qui nécessita son admission dans un asile. Au bout de 9 mois, elle en sortit guérie, débarrassée du même coup de ses maux de tête. Le 21 septembre, sa fille rentra dans la maison paternelle, atteinte de folie hystérique. La mère fut aussitôt prise de la crainte de voir mourir sa fille; elle tomba en proie à des idées délirantes avec hallucinations de la vue. La mère et la fille ont retrouvé la lucidité de la raison.

Un homme de 45 ans, dont la mère avait été démente, le père s'était suicidé, un des frères était en traitement dans un asile d'aliénés, la sœur était sujette à des accès de folie, perdit subitement la raison, le 23 septembre de l'année dernière, à la suite d'une contrariété. Il se mit à courir en poussant des cris, en proférant des insultes et des paroles désordonnées. Cinq jours plus tard, on le fit entrer dans un asile; il était à ce moment en proie à une agitation très vive et ses paroles traduisaient l'incohérence de ses idées. L'agitation motrice se calma bientôt, le désordre des idées persistant. Pendant trois jours il refusa toute nourriture, sous prétexte qu'on voulait l'empoisonner. Neuf jours après son entrée à l'asile, le malade avait retrouvé sa raison et ne se souvenait plus de ce qui s'était passé pendant cette période de folie. Il quitta l'asile le 23 octobre, mais il y était réintégré au bout d'une semaine après avoir commis toutes sortes d'actes désordonnés. Il était en proie à une exaltation qui alla grandissant, pour dégénérer en folie furieuse. Il ne présentait pas de symptôme de paralysie.

Sa femme, dont une sœur était démente, perdit la raison deux jours après la folie de son mari. Elle voulait se jeter par la fenêtre, menaçait de tuer ses enfants. Elle fut internée en même temps que son mari. Son état ne s'est point amélioré.

L'auteur fait remarquer que dans ces différentes observations tous les sujets qui ont été frappés de folie en seconde date étaient des femmes, que toutes étaient sous le coup d'une prédisposition plus ou moins franche, circonstance sur laquelle ont insisté la plupart des observateurs français qui se sont occupés de la folie à deux. E. RICKLIN.

Les troubles de la parole, par KUSSMAUL. Trad. par RUEFF (In-8°, *Paris*, 1884).

Cet ouvrage heureusement mis à la portée des lecteurs français par l'excellente traduction du Dr Rueff, débute par des considérations philosophiques de l'ordre le plus élevé, sur l'origine et le développement du langage qui est considéré par Kussmaul, comme une production naturelle de l'évolution héréditaire de l'humanité. La parole ne fut, d'abord, qu'un son émis sans conscience de même que sans but, véritable réflexe se manifestant sous une forme interjectionnelle et automatiquement imitative. Mais peu à peu le langage se perfectionne; d'imitatif il devient

phonétique, et, si, dès le principe, il ne constitue qu'un réflexe sensitivo moteur, il parvient dans la suite, à être un réflexe idéo-moteur; en un mot, un acte intentionnel adapté au travail de la pensée dont il forme la projection extérieure.

Après une étude comparative sur l'intervention de chacun de nos sens dans l'acquisition progressive du langage, l'auteur cherchant à se placer sur le terrain anatomique, admet l'existence d'un centre vocal qu'il fixe dans la moelle allongée, tout en reconnaissant parfaitement, du reste, que ce n'est point dans ce point de l'axe cérébro-spinal que le son se transforme en idée et que c'est à la substance grise corticale qu'est dévolue cette mystérieuse élaboration.

Etant connus les travaux de Kussmaul sur les troubles particuliers du langage qu'il a décrits, le premier, sous la dénomination de *cécité* et de *surdité verbale*, il était intéressant d'apprendre son opinion au sujet du siège du département de l'écorce qui préside à la vision mentale. Pour lui, à l'heure actuelle, on n'est pas encore suffisamment autorisé à localiser, comme on a tenté de le faire, ces fonctions dans les centres psycho-sensoriels.

Au sujet de la localisation du langage articulé, l'auteur, tout en rendant hommage aux travaux français et notamment aux belles recherches de Bouillaud, Dax et Broca, et en reconnaissant la légitime importance attribuée à la troisième circonvolution frontale gauche, déclare toutefois que la question du siège précis du langage est encore incomplètement résolue. La substance corticale est, selon lui, une vaste zone d'association dont une grande partie des fibres contribuent à l'élaboration du langage articulé.

Ces quelques lignes sont bien insuffisantes pour donner une idée d'un ouvrage aussi important auquel on ne peut que renvoyer le lecteur, conseil devenu facile à suivre, grâce au Dr Rueff, qui ne s'est pas contenté, du reste, de traduire, mais a soigneusement annoté encore le livre de Kussmaul, en rappelant les derniers travaux parus sur cette question si intéressante. P. G.

Prognosis in cases of refusal of food (Pronostic de la sitiophobie), par SUTHERLAND (*Journ. of mental science, juillet* 1883).

1° La seule inappétence sans refus systématique d'aliments n'entraine pas un pronostic défavorable; au contraire la situation est grave lorsqu'il existe une volonté bien arrêtée de ne pas se nourrir.

2° Pronostic favorable lorsque la sitiophobie se relie à une cause physique curable, de même aussi quand elle se montre à la première atteinte de folie : il devient fâcheux si le refus d'aliments se produit à une deuxième ou troisième attaque d'aliénation mentale.

Encore favorable si le poids du corps et la santé se maintiennent dans un état stationnaire, il devient décidément mauvais, si le sujet maigrit, ce qui indique souvent une mort prochaine, ou s'il engraisse d'une manière exagérée, ce qui indique une tendance à la démence.

P. G.

Des obsessions pathologiques dans leurs rapports avec l'activité automatique des éléments nerveux, par LUYS (*L'Encéphale*, 1883).

Il s'agit dans ce mémoire de ce mode d'activité cérébrale maladive dans lequel l'influence de la propriété automatique de l'élément nerveux, arrivé à la phase d'éréthisme incoercible, se révèle d'une façon tout à fait typique et significative. Les individus envahis par l'obsession morbide se sentent assiégés par des idées, des conceptions plus ou moins singulières dont ils ne peuvent se défaire.

Pour la commodité de la description symptomatique, l'auteur divise les obsessions pathologiques en trois groupes : 1° celles dans lesquelles ce sont les opérations de l'esprit qui sont particulièrement en jeu et dans lesquelles les régions émotives ne sont que médiocrement intéressées ; 2° celles dans lesquelles ce sont les régions émotives *seules* qui, soit primitivement, soit secondairement, sont particulièrement sollicitées (mélancolies anxieuses, délires émotifs, etc.) ; 3° celles dans lesquelles ce sont les régions psycho-motrices qui entrent particulièrement en activité et qui donnent lieu à une série d'actes bizarres, automatiques et de nature impulsive. PAUL GARNIER.

Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale, par G. CROUIGNEAU (*Thèse de Paris*, n° 96, 1884).

Après avoir passé en revue les travaux de Ferrier, de Munk, de Goltz, l'auteur indique les résultats de ses expériences personnelles, à l'effet de préciser le siège de la vision mentale dans le cerveau.

Ses recherches, dont il n'envisage, du reste, les conséquences générales qu'avec une sage réserve, le conduisent à localiser le centre tenant sous sa dépendance l'ensemble des opérations cérébrales d'où relève la vision mentale, dans l'écorce des lobes postérieurs du cerveau.

On sait que la vision psychique des objets, reconnaîtrait pour siège l'écorce des lobes occipitaux, d'après Munk, du gyrus angulaire, d'après Ferrier.

Quant à la vision intérieure des signes, le siège en serait placé dans le lobule pariétal inférieur gauche avec ou sans participation du pli courbe, d'après Charcot et Magnan.

Dans la partie clinique de son travail, l'auteur semble ne pas tenir suffisamment compte, pour le choix de ses exemples, du degré de conservation de l'intelligence dans son ensemble, l'étude de ces lésions partielles qui consistent dans la perte de la vision mentale, n'ayant d'objet véritable qu'autant que les autres facultés en général subsistent.

Ainsi, la plupart des observations concernent des paralytiques généraux, c'est-à-dire des malades atteints d'un affaiblissement en masse de l'intelligence et bien peu propres à ce genre d'étude. PAUL GARNIER.

Disturbi spinali nei pazzi pellagrosi, par TONNINI (*Riv. sper. di fren. di med. leg., fasc. I-II;* 1884).

On observe chez les pellagreux des troubles dans les sphères sensitive, motrice, de l'activité réflexe, vasomotrice et trophique. Les troubles de

l'activité réflexe sont caractérisés par son exagération et par les troubles irritatifs de la sphère motrice (contracture et spasmes musculaires. Beaucoup de formes de myélopathies classiques s'observent chez les pellagreux et notamment la paralysie spinale spasmodique et la neurasthénie spinale. Les phénomènes spinaux de la pellagre ressemblent peu à ceux de l'ergotisme et souvent, au contraire sont avec eux en parfait antagonisme.

Les lésions les plus fréquentes de la moelle chez les pellagreux sont la congestion, les épaississements des méninges et les ostéomes. La dégénération des cordons latéraux a été nettement observée dans deux cas. Souvent on a observé la pigmentation des cellules de la substance grise, surtout dans les cornes antérieures. F. BALZER.

On alcoholic paralysis, par DRESCHFELD (*Brain, p.* 200, *juillet* 1884).

A côté des paralysies classiques où l'alcool atteint primitivement le cerveau, il en est d'autres dans lesquelles les lésions semblent occuper initialement les nerfs périphériques. Dreschfeld en distingue certains types.

1° Ataxie alcoolique. Sous ce nom il décrit un état pathologique qui ressemble étroitement au tabès dorsal, avec douleurs fulgurantes, incoordination, troubles sensitifs, suppression du réflexe patellaire. Les accidents s'exaspèrent sous l'influence de l'alcool et s'atténuent avec la disparition des habitudes d'intempérance. La marche de cette espèce d'ataxie est fort rapide, elle diffère de l'ataxie vraie en ce que les arthropathies, le myosis, les paralysies oculo-motrices font défaut.

2° Un autre type de paralysie atteint de préférence les femmes, et consiste en troubles à la fois sensitifs, moteurs et vaso-moteurs.

Les troubles sensitifs sont caractérisés par une excessive hyperesthésie des membres inférieurs, avec douleur à la pression le long des apophyses épineuses. A cette phase d'excitabilité succède souvent une période d'analgésie ou d'anesthésie.

Les troubles moteurs se traduisent par une paralysie localisée de préférence aux membres inférieurs, et particulièrement, aux muscles extenseurs, avec diminution des réflexes. Enfin les troubles vaso-moteurs consistent en rougeur des pieds et des mains et en œdèmes circonscrits au poignet, au dos de la main et du pied. Les phénomènes cérébraux de l'alcoolisme peuvent coïncider avec ces symptômes, mais souvent ils manquent complètement. La contractilité faradique, en pareil cas, est diminuée et presque nulle : la contractilité galvanique persiste et même est parfois augmentée.

Dans un fait de ce genre, dont l'auteur fournit l'observation accompagnée d'autopsie, les lésions portaient de préférence sur les nerfs : il s'agissait d'une névrite multiple progressive. H. R.

Le variazioni del diametro pupillare negli epilettici, par MUSSO (*Rivista sper. di fren e di med. leg.*, *fasc. I-II*, 1884).

Les pupilles des épileptiques ne présentent pas chez beaucoup une dilatation supérieure à celle que présentent les pupilles des individus sains. Il y a fréquemment une dilatation plus ou moins marquée des deux

pupilles, plutôt dans les formes psychiques que dans les formes classiques. Chez un certain nombre d'épileptiques l'inégalité pupillaire précède les accès et cesse après eux. Chez certains épileptiques la pupille est très contractile, mais ce caractère est trop peu constant pour avoir de l'importance. F. BALZER.

Étude sur les chorées des adultes, par P. VASSITCH (*Paris*, 1883).

Ce travail intéressant se termine par les conclusions suivantes :

1° La chorée, chez l'adulte comme chez l'enfant, a son maximum de fréquence dans le sexe féminin.

2° Les facultés mentales sont plus souvent et plus profondément affectées chez l'adulte. Cette détérioration peut être définitive.

3° Nous reconnaissons quatre formes principales à la chorée de l'adulte.

a. La chorée de la puberté qui dure cinq à six mois et guérit ordinairement.

b. La chorée des femmes enceintes et des nourrices, qui n'est que la précédente survenant dans des conditions spéciales.

c. La chorée hystérique, qui débute brusquement et finit de même et dont le principal caractère est la forme rhythmique des mouvements.

d. La chorée qui survient après trente ans, affecte les deux sexes avec une égale fréquence, reste le plus souvent incurable et entraîne dans la sphère intellectuelle les plus graves désordres.

4° Le pronostic est plus grave, d'une façon générale chez l'adulte que chez l'enfant.

5° La nature intime de la chorée n'est pas connue, on peut la considérer comme une maladie de la totalité du système nerveux. Elle affecte les rapports les plus étroits avec les maladies de dégénérescence (épilepsie, aliénation, hystérie).

6° Le traitement est surtout une question d'hygiène physique et morale. Parmi les moyens actifs, l'hydrothérapie paraît mériter la première place. P. G.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — **Gunshot wound of skull ; bullet permanently lodged within cranium ; recovery par ESSEX BOWEN** (*The Lancet*, 1er *décembre* 1883).

II. — **Bullet wound of the cerebral hemispheres with hemiplegia : complete recovery, par Herbert PARSONS** (*Brit. med. journ.*, *p.* 759, *octobre* 1884).

III. — **Fracture comminutive du crâne avec perte de substance cérébrale. Enlèvement de nombreuses esquilles. Guérison, par LIONET** (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1882).

IV. — **Zwei günstig verlaufere Fälle von Schädel-Trepanation** (**Deux cas**

heureux de trépanation du crâne), par OBALINSKI (*Wien. med. Woch.*, n° 44, 1882).

V. — Fracture of the skull in a boy ; rupture of posterior branch of the middle meningeal artery, etc., par R.-J. GODLEE (*Med. Times*, 1er *novembre* 1884).

VI. — Compound comminuted fracture of frontal bone, par BARBER (*Med. Times*, 6 *décembre* 1884).

VII. — On opening and drainage of abscess cavities in the brain, par Ch. PENGER et E.-W. LEE (*Am. Journ. of Med. Sc.*, *p.* 17, *juillet* 1884).

VIII. — Ein Fall von indirekter Schussfraktur des Schädels (Un cas de fracture indirecte du crâne par coup de feu), par O. MESSERER (*Centralblatt f. Chirurgie*, n° 19, 1884).

IX. — On trephining the skull in traumatic epilepsy, par W.-J. WALSHAM (*St-Barth. Hosp. Rep. XIX*, *p.* 127).

X. — Ueber Fall von Defect des knöchernen Schädeldaches in Folge einer während des ersten Lebensjahres erlittenen Verletzung (Un cas d'atrophie partielle des os du crâne par suite d'une blessure reçue à l'âge d'un an), par A. von WINIWARTER (*Arch. f. klin. Chir.* 1884, *t. XXXI*, *p.* 135, *et Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. XIII Kongress*).

I. — Une fille de 19 ans fut apportée au Borough Hospital de Bickenhead le 9 décembre 1882. Son maître, dans un accès de fureur alcoolique, lui avait lâché un coup de revolver dans la tête pendant qu'elle dormait ; l'arme dont il s'était servi était chargée avec des cartouches à balles cylindro-coniques de 6 millimètres de diamètre environ. A l'examen, on constata une petite plaie ronde située au côté gauche du front, à deux centimètres et demi au-dessus de la racine du nez et à un centimètre de la ligne médiane. Cette plaie dont les bords étaient noircis correspondait exactement au calibre du revolver ; la paroi crânienne était percée d'un trou rond, comme découpé à l'emporte-pièce, par lequel on voyait sortir quelques débris de substance cérébrale. Une sonde molle poussée dans le trajet de la balle suivant une direction antéro-postérieure s'enfonça de dix centimètres sans rencontrer de résistance. La malade était dans un état de torpeur semi-comateux et tenait les yeux fermés ; elle les ouvrait cependant lorsqu'on lui adressait la parole ; ses pupilles étaient égales, légèrement dilatées et réagissaient à la lumière, bien que lentement. Elle paraissait n'avoir aucune conscience de l'accident. Le pouls était à 50, la température à 38°. Le lendemain, son état était sensiblement le même ; elle perdait involontairement ses urines ; vers le soir elle eut un peu de délire, se leva et fit quelques pas dans la salle avant qu'on pût l'en empêcher. Le 11 décembre les règles parurent ; la malade était alors plus calme, respirait tranquillement et n'accusait aucune douleur ; elle ouvrait les yeux quand on lui parlait et répondait aux questions par monosyllabes, indistinctement et comme en rêve. La plaie toujours noire et un peu tuméfiée sur les bords laissait échapper une petite quantité de pulpe cérébrale. Le 13 la malade retrouvait entièrement sa connaissance et répondait correctement aux questions ; elle n'avait aucun souvenir de l'accident. Les selles supprimées depuis l'accident se rétablirent et l'incontinence d'urine cessa. Depuis ce moment les progrès furent rapides : le 20 la plaie était fermée ; le 30 décembre la malade était capable de marcher bien qu'avec un peu d'incertitude. Un mois plus tard elle était entièrement rétablie, conservant seulement un peu d'obtusion intellectuelle, qui disparut progressivement à son tour.

La balle restée dans le cerveau ne donnait lieu à aucun trouble ; seulement

quand la malade se penchait en avant ou se mettait à genoux (pour laver le plancher par exemple) elle sentait une assez vive douleur dans le derrière de la tête. H. BARTH.

II. — Une enfant de 13 ans est atteinte par une balle de revolver qui pénètre par l'apophyse mastoïde du temporal droit ; elle tombe sans connaissance et hémiplégique.

Une heure après, la connaissance est revenue : pouls à 108°, un vomissement, strabisme interne de l'œil gauche, hémorragie abondante par la plaie. Une sonde introduite par l'orifice de la fracture pénètre dans la cavité crânienne à une profondeur de six pouces et vient butter contre une partie dure, peut-être la balle, peut-être la face interne du pariétal opposé. L'auteur se borne à remplir d'iodoforme la plaie d'entrée, et à panser antiseptiquement. Aucune complication ne survient ; au bout d'une semaine l'enfant se lève, un mois après, elle reprend l'usage de sa jambe. 18 mois plus tard elle n'a éprouvé aucun symptôme anormal. H. R.

III. — A..., âgé de 36 ans, est tombé le 8 juin d'une hauteur de 40 pieds ; il a, outre une luxation de l'épaule et une fracture de deux côtes, une plaie de tête considérable, longue de 20 centimètres s'étendant du sourcil gauche à l'occiput ; on retire cinq fragments osseux piqués dans la matière cérébrale qui fait une hernie de la grosseur d'un œuf de dinde.

Le malade est sans connaissance, sans mouvement, ne profère aucun cri.

Le 9, le malade a repris connaissance, ne parle pas ; on enlève 12 fragments osseux ; deux autres fragments sont détachés, ne tenant que par la peau ; ils appartiennent l'un au frontal, l'autre au pariétal. Traitement par les bromures de potassium, sodium et ammonium à 2 grammes.

Après un peu d'excitation le 10 et le 11, la fièvre tombe, et le 12 la partie herniée du cerveau prend la coloration noirâtre du sphacèle et une odeur fétide ; on enlève les parties gangrenées ; le 13, le chirurgien malgré l'état contus des lèvres de la plaie les rapproche au moyen de ligatures multiples ; le 20 la réunion est obtenue ; il reste au milieu une dépression où bat le cerveau, recouvert d'une membrane pyogénique qui bourgeonne bien. Le 10 juillet le malade est guéri, la plaie cicatrisée ; il ne présente ni paralysie ni trouble sensoriel ou intellectuel d'aucune sorte. H. L.

IV. — 1° Un paysan de 45 ans est frappé à la tête le 23 avril par une lourde pierre. La plaie guérit et le malade peut se lever à la fin de la première semaine. Mais au bout de quinze jours il a une hémiplégie droite et une céphalée violente.

L'auteur est appelé sept semaines après l'accident. Il constate à 2 centimètres de la suture sagittale, à gauche, une dépression cicatricielle qu'on ne peut toucher sans déterminer de vives douleurs. Paralysie faciale à droite portant même sur l'orbiculaire des paupières. Paralysie du membre supérieur droit avec flexion de l'avant-bras. Paralysie du membre inférieur contracturé dans l'extension. Pas d'anesthésie. Réflexes exagérés. Les sens spéciaux sont intacts, l'intelligence est conservée, mais la mémoire diminuée et la parole très lente. Pouls 84. Rien au rectum ni à la vessie.

L'auteur diagnostique un foyer de suppuration au-dessous de la cicatrice, sans savoir s'il résulte de la contusion cérébrale ou de la pénétration d'une esquille dans l'écorce ; et, le 14 juin, il applique le trépan. La rondelle osseuse extirpée ne présente pas d'esquille, la dure-mère est saine. Après une ponction exploratrice qui ne fournit pas de liquide, l'auteur plonge le bistouri et voit s'écouler une cuillerée de pus jaune sale, mêlé de substance cérébrale ; lavage à l'acide thymique, drainage et pansement antiseptique rigoureux.

Après l'opération, le sujet très affaibli, tombe dans un état de somnolence qui dure trois jours. La température varie de 38° à 39°,6. Le quatrième jour

l'intelligence revient, le patient se trouve mieux, parle beaucoup et déclare que les douleurs de tête ont disparu. Pendant la seconde semaine, il commence à mouvoir les doigts, puis l'avant-bras; pendant la troisième, les membres inférieurs. Au bout de neuf semaines il quitte l'hôpital complètement guéri.

2° Journalier de 25 ans blessé par une poutre. Le lendemain de l'accident, le sujet est étendu sans mouvement, somnolent, répondant par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse, se plaignant de céphalalgie. Au niveau de l'angle postéro-inférieur du pariétal gauche, on trouve une plaie de plusieurs centimètres autour de laquelle le cuir chevelu est soulevé par un grand épanchement sanguin.

Le 3e jour, l'auteur, désireux de rechercher quelle est la nature des désordres, fait une incision de six centimètres, enlève les caillots et constate alors une fracture irrégulière du pariétal avec dépression notable d'un des fragments. Il n'hésite pas à appliquer d'abord une couronne de trépan, puis une seconde, en raison de l'étendue des lésions, et peut ainsi extraire l'esquille dont la pointe pénétrait dans l'écorce cérébrale. Cela fait, il élargit la plaie de la dure-mère, place un drain et fait le pansement antiseptique.

Apyrexie. Dès le second jour, l'opéré se trouve fort amélioré. Guérison complète en 6 semaines. L. GALLIARD.

V. — Enfant de 10 ans fait une chute sur le pavé, mais peut rentrer à la maison. Les parents disent qu'il était comme un homme ivre, pâle, chancelant et se plaignant de douleur à l'occiput. Vomissement un peu plus tard. On le transporte le lendemain à l'hôpital; on constate un hématome large de trois pouces, sur l'os pariétal droit. Motilité du bras et de la jambe gauches affaiblie. Dans la journée, l'enfant devient insensible, est pris de convulsions, moins prononcées à gauche qu'à droite. L'évolution rapide des accidents fit penser à une rupture de l'artère méningée et on se décida à trépaner.

L'opération fut faite à un pouce et demi de l'angle du frontal, un pouce et demi au-dessus de l'arcade zygomatique; la couronne d'os enlevée, on tombe sur une large poche remplie de caillots sanguins. On avait anesthésié avec le chloroforme; on dut arrêter l'anesthésie et pratiquer la respiration artificielle. Mais peu après la respiration devint de plus en plus difficile et la mort survint.

A l'autopsie, on trouve une rupture de la branche postérieure de l'artère méningée. L'épanchement sanguin avait amené une compression cérébrale.

VI. — Observation d'un malade atteint par une chaîne juste sur le front; on l'apporte à l'hôpital le 12 mai, absolument sans connaissance. Fracture comminutive de l'os frontal. On retire les fragments osseux et aussitôt la respiration, stertoreuse auparavant, devient calme et la sensibilité reparaît.

Le lendemain, le malade a repris connaissance; comme la dure mère est intacte, on panse la plaie à l'huile phéniquée.

Le deuxième jour délire violent qui cesse sous l'influence d'une saignée et du chloral. A partir de ce jour état parfait jusqu'au 5 juin. La plaie est guérie. Ce jour-là on trouve le malade, cherchant à sortir de la salle en chemise, stupide, insconscient. Délire, puis coma. On rouvre la plaie, sans trouver aucun corps étranger. Mort le 12 juin.

A l'autopsie petit abcès dans le lobe frontal de l'hémisphère gauche. A. C.

VII. — Voici en résumé l'observation qui a servi de point de départ à ce travail intéressant :

Un policeman reçoit le 3 décembre 1882 un coup de pistolet au-dessus du sourcil gauche. La balle est extraite au bout d'une plaie sous-cutanée de 2 centimètres, en haut et en dehors. A partir du troisième jour vomissements, fièvre, douleurs vives sus-orbitaires. Le 9, on trouve après incision une frac-

ture comminutive du rebord sus-orbitaire, et on retire des esquilles et des fragments de plomb; petit abcès au même point. Amélioration jusqu'au 5 janvier 1883. Du 5 au 12, retour des douleurs de tête de plus en plus vives, nausées, obtusion de l'intelligence, pouls ralenti jusqu'à 54 sans fièvre, enfin coma profond. On diagnostique un abcès du cerveau, et le 12 on pratique le trépan. On place une tréphine de 17 millimètres de diamètre ainsi qu'il suit : à 2 centimètres au-dessus du rebord de l'orbite, à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane, à 1 centimètre en dedans de ligne demi-circulaire. État normal de l'os, des méninges, de la surface du cerveau. Avec une seringue de Pravaz on fait une série de ponctions exploratrices dans différentes directions; enfin, en dirigeant l'aiguille en arrière, en dedans, et un peu en haut, on retire à une profondeur de 2 pouces et 1/2 une quantité assez notable d'un liquide rouge pâle, fluide et demi-transparent, suivi, après incision, d'une cuillerée à café au moins d'un pus jaune et épais. On introduit dans la cavité de l'abcès, à 8 centimètres au delà de la dure-mère, un tube fenêtré de 8 millimètres de diamètre; pansement antiseptique iodoformé.

Au bout de quelques heures, disparition du coma, des douleurs de tête, et du ralentissement du pouls. Pendant quinze jours lavages boriqués deux fois par jour, de la cavité, et pansement à l'iodoforme. Le drain est raccourci graduellement jusqu'à 4 centimètres.

Du 12 février au 20, retour de la céphalée, des nausées, du demi-coma; pouls à 64. On renouvelle avec le même succès la première opération. Amélioration ininterrompue; le 10 avril on retire le drain; le 15 mai le patient peut reprendre ses occupations. Il a recouvré la plénitude de son fonctionnement cérébral psychique, sensitif et moteur; mais il se fatigue plus facilement que par le passé.

En juillet trois attaques épileptiformes; une attaque en décembre. En mars 1884 s'ouvre spontanément, au niveau de la couronne de trépan, un trajet fistuleux qui donne chaque jour une dizaine de gouttes de pus.

Finger et Lee insistent sur ce qu'il y a de nouveau dans leurs observations, c'est-à-dire l'emploi des ponctions exploratrices multiples, et le drainage de la cavité de l'abcès. A. CHAUFFARD.

VIII. — Aux 17 cas de fracture indirecte du crâne par coup de feu déjà publiés par Bergmann et Rücker, l'auteur ajoute un 18e fait qu'il a recueilli à la clinique de Nüssbaum.

Homme de 24 ans, suicidé par coup de feu; revolver de calibre moyen. Une balle dans la tempe droite, l'autre dans la poitrine. Mort 3 jours après. A l'autopsie, on constate que la balle a traversé le muscle temporal et la voûte du crâne un peu en avant du tronc de la méningée moyenne, a traversé le cerveau d'un sillon de Rolando à l'autre en passant au-dessous du corps calleux et en ouvrant les deux ventricules latéraux, s'est réfléchie à 45° sur la paroi gauche du crâne et est revenue se loger dans le cerveau, au-dessus du ventricule latéral gauche, à 2 centimètres de la ligne médiane. Or, la base du crâne portait une félure sans aucune communication avec la perforation osseuse; cette félure, commençant à la voûte orbitaire gauche, se propageait transversalement à la lame horizontale de l'ethmoïde et à la voûte orbitaire droite, puis se dirigeait en arrière à travers la petite et la grande aile du sphénoïde pour venir mourir à la base et à la face antérieure du rocher droit.

Messerer se rallie absolument pour l'explication de ces fractures à la théorie de la pression hydrostatique. La production de la fracture est subordonnée à une vitesse suffisante du projectile; son siège et sa direction dépendent uniquement des différences de résistance des divers points de la paroi crânienne. On trouvera dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (t. X, p. 543, 1884), l'indication de quelques faits de frac-

ture indépendante des voûtes orbitaires, cités par MM. Chauvel et Berger à propos d'un travail de M. Moty. DE SANTI.

IX. — L'auteur, à propos d'un cas survenu dans sa pratique et favorablement terminé par la trépanation, discute les indications de cette opération et fait un relevé analytique de 82 cas où elle fut pratiquée. Sur ces 82 cas, 65 guérirent, 17 moururent. Sur les 65 trépanés, 47 guérirent complètement de leur épilepsie, 13 virent leurs attaques s'éloigner 4 furent manifestement moins bien après l'opération. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Quand il y a eu évidemment un traumatisme antérieur ayant laissé une cicatrice bien prononcée sur le cuir chevelu et un séquestre osseux, il y a urgence de trépaner, et les indications en pareil cas sont si claires, que tous les chirurgiens les acceptent. Quand au contraire l'histoire du traumatisme a été obscure, et qu'on ne trouve pas d'autres indications d'opérer, en dehors d'une douleur locale à la pression, sans inégalité, ni dépression osseuse, l'hésitation est permise. Toutefois l'auteur pense que l'on doit passer outre, et même sur les indices légers, trépaner le crâne : parce que l'opération en elle-même n'est pas dangereuse lorsque les méninges ne sont pas blessées, et qu'il vaut mieux faire bénéficier le malade des chances d'une réussite, même aléatoire.

Suit un tableau des 82 cas de trépanation, avec leur indication bibliographique. H. R.

X. — Un enfant, aujourd'hui âgé de 13 ans, tomba à l'âge de six mois dans un escalier et éprouva une forte commotion cérébrale. Quelques jours après apparut sur le côté droit du crâne une tumeur qui grossit progressivement sans provoquer aucun trouble fonctionnel du côté du cerveau; la peau qui la recouvrait était normale. Malgré la compression, cette tumeur s'accrut, proportionnellement au volume du crâne, jusqu'à l'âge de 8 ans, puis elle s'atrophia pendant quelque temps, regrossit et enfin fit place à l'état actuel.

Le crâne de l'enfant est asymétrique, sa moitié droite étant plus aplatie, mais beaucoup plus haute que la gauche. Deux forts bourrelets osseux partent de la suture coronaire et se dirigent en arrière pour se réunir de nouveau en avant de la suture lambdoïde; entre eux se trouve une perte de substance osseuse de 14 centimètres de long sur 6 centimètres de large, occupant toute l'étendue du pariétal. La peau qui recouvre cette perforation est entièrement normale, sans trace de cicatrice et fortement déprimée; elle se laisse facilement plisser et déplacer. La pression sur ce point donne la notion d'une résistance fibreuse sans fluctuation et de pulsations imperceptibles à l'œil. La face est également asymétrique; sa moitié droite est plus petite que la gauche; la distance du nez à l'oreille est plus petite à droite qu'à gauche, mais l'orbite et le globe de l'œil sont plus grands à droite qu'à gauche. Pas d'autre anomalie ; les organes des sens sont également développés des deux côtés. Si l'on fait coucher l'enfant sur le dos, il se forme aussitôt sur la perforation une tumeur molle, fluctuante, qui disparaît de nouveau dans la station droite. Une pression modérée sur la perforation amène aussitôt le ralentissement du pouls radial.

D'après l'auteur, l'enfant a eu, à la suite de sa chute, une fracture ou une fissure sous-cutanée du pariétal droit, compliquée de déchirure des méninges et d'épanchement du liquide céphalo-rachidien sous les parties molles du crâne. Le développement progressif de la tumeur est dû à cet épanchement qui s'est enkysté; sous l'influence de la pression permanente du liquide, la fissure primitive s'est dilatée, la perforation s'est

agrandie par la résorption de ses bords et l'état actuel s'est constitué; puis, par une cause inconnue, le liquide cérébro-spinal a cessé de faire hernie, la tumeur s'est affaissée et la perforation n'a plus été recouverte que par les parties molles du crâne : la réapparition du liquide sous les téguments pendant le décubitus dorsal prouve que la perte de substance des méninges existe encore.

Von Bergmann (*Deutsche Chirurgie*, Lehre von den Kopfverletzungen et *Deutsche Gessellschaft f. Chir.* 1883) a déjà rassemblé ou observé un certain nombre de faits de ce genre. DE SANTI.

I. — A case of recovery after a broken neck, par JORDISON (*The Lancet*, 21 *octobre* 1882).

II. — Ein Fall von Bruch des Zahnforsatzes des Epistropheus (Un cas de fracture de l'apophyse odontoïde de l'axis), par E. KÜSTER (*Arch. f. klin. Chir.*, t. *XXXI*, *p.* 218, 1884, *et Verhandl. d. deutc Gesellsch f. Chir.*, *XIII Kongress*).

III. — On wounds of the theca vertebralis with discharge of cerebrospinal fluid, par Timothy HOLMES (*Med. chir. trans.*, *vol. LXV*, *p.* 155).

I. — Un homme, de 38 ans, fut lancé par son cheval contre une grosse branche d'arbre qui le frappa violemment à la nuque, au point de lui faire perdre connaissance.

Au bout de deux minutes environ il commença à reprendre ses sens, mais se plaignit aussitôt d'une violente douleur le long du cou, ainsi que dans les bras et les jambes. L'auteur appelé aussitôt constata une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement dans le membre supérieur gauche et une parésie très marquée du côté opposé; la jambe gauche semblait engourdie, la jambe droite, au contraire, indemne; il y avait des fourmillements et de l'engourdissement de toutes les parties du corps, de vives douleurs dans le cou; la respiration n'était pas troublée; il existait un peu de gêne de la déglutition et une paralysie complète de la vessie. On diagnostiqua une fracture des lames de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale, avec contusion des racines nerveuses et probablement hémorragie dans le canal rachidien. En conséquence, le malade fut aussitôt immobilisé sur un lit dur et horizontal. Vers le 14e jour les membres inférieurs avaient entièrement récupéré leurs fonctions; le bras droit se mouvait assez facilement; la paralysie du bras gauche semblait céder peu à peu; une quantité considérable de sang extravasé infiltrait les téguments de la nuque et des épaules. Mais bientôt après la paralysie cervicale devint plus marquée et un mois après l'accident il y avait paralysie complète de la sensibilité et du mouvement des deux bras; de plus le membre supérieur gauche était le siège d'une atrophie musculaire très marquée, avec hyperesthésie des téguments et raideur articulaire. Huit jours plus tard une légère amélioration parut se produire et progressivement la mobilité du bras droit commença à reparaître en même temps que la vessie et le rectum se remettaient à fonctionner régulièrement.

Vers la 11e semaine les mouvements revenaient également dans le bras gauche, et l'hyperesthésie allait s'atténuant peu à peu; mais l'atrophie musculaire et la raideur des articulations persistaient toujours sans changement. Au bout de trois mois le malade était capable de lever la tête et de la tourner à droite et à gauche sans trop de peine; les muscles du bras gauche recouvraient rapidement leur volume; la sensibilité des membres et de toutes les parties du corps était normale. Enfin, six mois après l'accident, le malade était complètement guéri, et, sauf un peu de faiblesse du bras gauche, ne conservait aucune trace de la grave lésion qui avait dû lui coûter la vie.

D'après la marche clinique il semble évident que les accidents primitifs étaient dus à la compression des racines nerveuses plutôt qu'à une lésion de la moelle elle-même. Quant à l'aggravation constatée vers la quatrième semaine, on doit l'attribuer à la formation d'un cal exubérant, qui ne tarda guère, du reste, à se résorber. H. BARTH.

II. — Ce fait présente non seulement de l'intérêt chirurgical, mais encore un grand intérêt médico-légal.

Une jeune fille de 18 ans fut, en juillet 1832, maltraitée par sa maîtresse qui, l'ayant saisie par les cheveux, lui heurta à plusieurs reprises l'occiput contre une poutre; cependant dans le milieu de la journée plusieurs témoins la virent encore se promener dans la rue. Le soir elle se plaignit de douleur au cou et le lendemain matin, quand elle voulut se lever, glissa de son lit, fut prise de contracture et ne put parler. On la porta à deux milles de là sur un charriot; elle demeura 5 semaines sans connaissance et ne recommença à parler qu'au bout de 9 mois. Les nombreux examens médicaux qu'elle a subi indiquent un grand nombre de symptômes qu'on retrouve également plus tard.

La malade entre le 10 septembre 1883 à l'hôpital Augusta. On lui trouve alors : une parésie du mouvement avec raideur des membres et de la langue sans aucun trouble de la vessie, ni du rectum, ni de la sensibilité; une grande exagération des réflexes, en particulier des réflexes tendineux et une vive sensibilité à la pression des vertèbres cervicales (une pression modérée sur ce point détermine des convulsions cloniques générales); une impossibilité absolue de lever la tête qui, lorsque la malade essaye de se lever, tombe sur sa poitrine (la respiration devient alors pénible et irrégulière, la face se cyanose, les pupilles se dilatent); enfin, à la nuque, une légère saillie de l'apophyse épineuse de l'axis et, à la paroi postérieure du pharynx, immédiatement au-dessous de la base du crâne, une forte saillie anormale.

De ces symptômes Küster conclut à l'existence d'une myélite par compression de la moelle cervicale et de la partie inférieure du bulbe, avec cette restriction que l'inflammation n'avait pas envahi toute la circonférence de la moelle. Quant à la cause de cette myélite, il est évident que c'est une luxation en avant de l'atlas sur l'axis; or comme ce déplacement n'est possible que grâce à la fracture de l'arc antérieur de l'atlas, à la déchirure du ligament transverse de l'atlas ou à la fracture de l'apophyse odontoïde, et comme on peut avec grande vraisemblance exclure les deux premières hypothèses, l'auteur admet la fracture de cette apophyse.

Le traitement consista en la forte extension de la tête. Sous son influence les phénomènes de myélite ont fini par disparaître, si bien qu'à la fin de novembre la malade put quitter son lit. La tête était toujours aussi impotente qu'auparavant et il fallait la soutenir par une cravate de cuir; la malade fut renvoyée chez elle dans cet état à la fin de décembre. A la surprise générale la tête est redevenue solide depuis la fin de février, si bien qu'aujourd'hui la malade a quitté sa cravate. Il ne reste de son état antérieur que deux saillies, l'une à la partie postérieure, l'autre plus marquée à la partie antérieure de la colonne cervicale.

Comment s'est faite cette guérison ? l'auteur l'ignore; c'est un fait qui contredit tout ce qu'on avait observé jusqu'à ce jour. DE SANTI.

III. — Un enfant de 11 ans est frappé par un de ses camarades avec un canif au niveau des dernières vertèbres lombaires. Il y a peu d'hémorragie, mais quelques instants après, il s'écoule par la plaie un liquide aqueux très

abondant qui dure pendant quatre jours et se renouvelle chaque fois que l'enfant écorche la croûte de sa plaie.

Le malade ne présente aucun symptôme spinal, pas de paralysie ni de troubles de la sensibilité; urines normales. La petite plaie des reins est linéaire : elle est située un peu au-dessous d'une ligne qui passerait par le sommet de la crête iliaque, un quart de pouce à droite de la ligne des apophyses épineuses. Par la pression, et en faisant tousser le malade, on voit sortir un flot de liquide limpide incolore, qui remplit un tube à expérience en une demi-heure. Pansement collodionné.

L'écoulement ne tarda pas à s'arrêter et la plaie guérit. Le liquide clair, aqueux, chargé de chlorure et pauvre en albumine, est manifestement du liquide céphalorachidien. Poids spécifique : 1,008.

Le seul fait de ce genre que connaisse l'auteur a été publié par Gribbon (*Lancet*, p. 457, 1876). H. R.

Des décollements traumatiques de l'épiphyse inférieure du fémur, par E. DELENS (*Arch. gén. de méd., mars et avril* 1884).

Le décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur s'observe presque exclusivement chez les jeunes garçons, et surtout de 10 à 20 ans.

La divulsion est ordinairement produite par l'extension forcée du membre, combiné ou non avec la torsion et l'arrachement. Le ligament postérieur de l'articulation du genou joue, dans le mécanisme de cette fracture, un rôle analogue à celui du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le décollement se fait, le plus souvent, à la limite du fibro-cartilage de conjugaison en un point plus voisin de l'extrémité diaphysaire que de l'épiphyse. Il s'accompagne fréquemment du détachement d'une esquille de l'extrémité diaphysaire.

La divulsion traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur a été quelquefois confondue avec la luxation du genou.

Parmi les complications primitives, une des plus fréquentes et des plus graves est la perforation de la peau par l'extrémité inférieure de la diaphyse qui vient faire saillie au dehors.

Lorsque cette extrémité osseuse ne peut être réduite, on doit immédiatement en pratiquer la résection. L'amputation primitive doit être réservée aux cas où il existe une déchirure de l'artère poplitée. L'amputation secondaire est quelquefois rendue nécessaire par le sphacèle du membre ou d'autres complications graves.

La résection de l'extrémité diaphysaire permet la conservation du membre et n'empêche pas le rétablissement complet des mouvements de l'articulation. L'accroissement ultérieur du fémur, en longueur, bien que fortement influencé, n'est pas cependant arrêté par cette résection.

P. M.

Considérations sur deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas (luxation rétro-axillaire), par FERNAND BOTTEY (*Thèse de Paris, n°* 13, 1884).

Dans cette variété jusqu'ici non décrite de déplacement, la tête humérale est située à deux ou trois travers de doigt de l'angle de l'acro-

mion, derrière l'omoplate, et repose par son col contre le bord externe, à une distance variable au-dessous de la cavité glénoïde.

Voici quels sont les signes de cette luxation :

1° Aplatissement très prononcé du moignon de l'épaule ; 2° saillie de l'angle antérieur de l'acromion et de l'apophyse coracoïde ; 3° paroi antérieure de l'aisselle abaissée ; 4° creux sous-claviculaire conservé ; 5° aucune saillie dans l'aisselle, saillie de la tête humérale, à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, et en arrière du bord externe de l'omoplate ; en arrière entre la tête et l'acromion, dépression profonde dans laquelle on peut enfoncer le doigt ; en avant légère dépression entre le col chirurgical de l'humérus et la partie inférieure de la cavité glénoïde ; 6° coude en avant et dans la position moyenne ; 7° rotation des bras en dehors ; avant-bras en supination ; 8° racourcissement du bras ; 9° mouvements volontaires impossibles, mouvements communiqués presque nuls et douloureux ; parésie du deltoïde.

Bottey a eu la bonne fortune d'observer 2 cas identiques chez des sujets fort âgés. Arrivant à l'analyse de ces déplacements, il établit que cette luxation doit rentrer dans la classe des sous-acromiales, dont elle représente un degré incomplet. Il eût suffi d'une contraction musculaire violente pour porter la tête sous l'acromion, mais l'âge et la faiblesse des sujets l'ont empêché ; chez les adultes vigoureux il n'en eût pas été ainsi.

L. JULLIEN.

Les luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës et de leur réduction immédiate, par VERNEUIL (*Bulletin de la Soc. de Chirug.*, *p.* 781, 1883).

Voici l'esquisse de la forme particulière sur laquelle Verneuil appelle l'attention : un malade exempt de toute manifestation scrofuleuse est atteint de rhumatisme articulaire fébrile ou d'arthrite monoarticulaire aiguë, les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse, un jour les douleurs cessent presque subitement ; on examine l'articulation affectée et on y constate une déformation considérable, tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite, ni suppuration, mais avec difformité persistante. Si l'on réduit, on rend instantanément au membre sa direction, sa longueur, sa forme, et au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue.

L'auteur rapporte 9 cas, dont 8 observés par lui et un emprunté à la pratique de Marjolin ; au cours de la discussion, Delens en fit connaître deux nouveaux cas, tous deux à la hanche.

Rien de plus obscur que la pathogénie de ces déplacements. Après avoir écarté l'hypothèse d'une affection osseuse, aussi bien que celle d'une hydarthrose amenant par suite de distension le déplacement des surfaces articulaires, le professeur arrive à incriminer les muscles. On ne saurait, dit-il, leur refuser de pouvoir luxer à eux seuls les extrémités osseuses, puisqu'il existe une variété de luxations traumatiques de l'épaule, dans laquelle, en dépit de l'état normal de la capsule articulaire, la seule contraction des muscles suffit, dans certains mouvements, pour produire la luxation. Si à la hanche on ne connaît point de déplacement de ce genre

cela tient sans doute à ce que les résistances ligamenteuses sont trop fortes ; mais que ces dernières soient diminuées ou abolies et bientôt l'action musculaire reprendra toute son efficacité. Or, l'état morbide antérieur, facteur initial dans les luxations pathologiques, réalise justement cette diminution des résistances. L. JULLIEN.

Verrenkung des zweiten Daumengliedes nach aussen und hinten (Luxation de la seconde phalange du pouce en dehors et en arrière), par P. GÜTERBOCK (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXX*, *p.* 678.)

Un homme de 79 ans fait une chute dans un escalier; quelques heures après il se présente à l'auteur avec une déviation en dehors et en arrière de la deuxième phalange du pouce gauche ; au côté postéro-externe de l'espace interphalangien est une saillie formée par la base de la phalange luxée; au côté antéro-interne une dépression. Les deux phalanges forment un angle ouvert en dehors. Mouvements actifs impossibles. Peu d'ecchymose; pas de lésion de la peau. Réduction facile. Guérison rapide.

Contrairement aux observations antérieures de l'auteur, il ne s'agissait pas dans ce cas d'une simple luxation en arrière, mais d'une luxation en arrière et en dehors. Ces luxations latérales des phalanges se rencontrent quelquefois à l'index et à l'auriculaire, mais sont exceptionnelles au pouce ; leur mécanisme est difficile à concevoir. L'auteur admet qu'il s'est produit d'abord une luxation en arrière par le mécanisme de l'extension forcée ; puis un déplacement latéral secondaire de la phalange luxée par suite du déplacement du sésamoïde antérieur de l'articulation. DE SANTI.

I. — Du doigt à ressort, par MARCANO (*Progrès méd.*, 19 *avril* 1884).

II. — Du doigt à ressort, par CHARPENTIER (*Soc. de méd.*, 5 *juillet* 1884).

I et II. — Le doigt à ressort est une affection rare. 32 observations seulement ont été publiées ; il se rencontre le plus souvent dans l'âge adulte de 30 à 50 ans. Le sexe a une influence incontestable ; car sur ces 32 cas on compte 23 femmes ; la cause qui agit le plus communément c'est le rhumatisme, qui est signalé dans plus d'un tiers des cas ; l'influence du traumatisme est incontestable.

Nélaton et Notta admettaient que la nodosité qui existe sur le tendon du fléchisseur se trouve toujours au niveau du cul-de-sac synovial, et ils attribuaient à l'accrochement de cette nodosité au rebord de l'aponévrose palmaire le ressaut caractéristique. Blum croit au contraire que l'obstacle contre lequel butte la nodosité n'est autre que le rebord de l'extrémité centrale de la gaine du fléchisseur qui se termine à 2 ou 3 centimètres du pli digito-palmaire par un bord tranchant.

D'après Marcano, l'affection consiste dans une nodosité située sur le fléchisseur qui, entraînée par les mouvements, se heurte contre un obstacle. Il a fait une série de dissections à l'appui de sa théorie.

Comment se forme la nodosité ? elle peut être due soit à une tuméfaction du tendon d'origine rhumatismale, soit à une inflammation du tendon ou de sa gaine avec dépôt de produits plastiques. Ainsi on comprend que le ressaut ait lieu, dans les cas traumatiques par accrochement du tendon épaissi à la cicatrice de la gaine ; dans les cas spontanés par une

nodosité rhumatismale, ou une saillie hyperplasique du tendon qui accroche les rebords naturels; au pouce la gouttière formée par les os résamoïdes; aux autres doigts les bords libres des gaines fibreuses.

Le doigt à ressort siège également à l'une ou l'autre main, est mono- ou bi-latéral; tous les doigts peuvent être le siège de la maladie, le pouce vient en première ligne, puis l'annulaire, l'indicateur, le médius, enfin l'auriculaire.

Trois symptômes caractérisent le doigt à ressort, le ressaut, la douleur, la nodosité. Le phénomène du ressaut peut accompagner la flexion et l'extension, ou seulement l'une d'elles; il est produit par les mouvements spontanés aussi bien que par les communiqués; il est constant ou variable.

Au point de vue thérapeutique il faut établir deux catégories; les malades qui ne souffrent point doivent attendre la guérison spontanée. S'il y a douleur il faut d'abord immobiliser le doigt, puis recourir aux badigeonnages avec la teinture d'iode qui a donné de bons résultats. Le traitement par l'électricité est le meilleur de tous, et peut amener la guérison en 15 à 20 séances. Dans les cas rebelles on pourrait pratiquer le débridement de la gaine tendineuse. H. L.

Contribution à l'étude des luxations tarso-métatarsiennes, par CHAVASSE (*Revue de chir., juillet* 1884).

L'auteur a réuni cinquante cas de luxations tarso-métatarsiennes, et de leur étude comparée conclut ainsi :

Les luxations du métatarse se produisent le plus souvent soit dans une chute faite le pied pris sous un cheval; soit dans une chute d'une certaine hauteur sur l'extrémité du pied.

Les luxations partielles sont plus fréquentes que les totales; la luxation isolée du troisième métatarsien n'a pas encore été observée. La variété en haut est six fois plus fréquente que les autres.

Dans le tiers des cas environ, la réduction n'a pas pu être obtenue.

Jamais l'usage du membre n'a été définitivement perdu après la non réduction. Pour les cas de luxation simple, la mortalité s'élève à 4, 6 0/0.

Pour réduire facilement, il faut agir non pas sur la masse totale des métatarsiens, mais sur chaque os isolément. OZENNE.

A case of supposed dislocation of the tendon of the long head of the biceps muscle, par W. WHITE (*Am. Journ. of the med. sc., p.* 17, 1884).

Le cas, rapporté par W. White, de luxation probable de la longue portion du biceps est très intéressant à cause de la rareté des faits de ce genre et du peu de précision clinique des observations qui s'y rapportent.

On peut, d'après l'auteur, reconnaître la luxation du tendon bicipital d'après la série des symptômes suivants : la coulisse bicipitale est vide, tandis que le tendon occupe une situation anormale; le bras est en rotation interne ; dépression légère au-dessous du sommet de l'acromion; épaule saillante en avant, aplatie en arrière, diminuée dans sa circonfé-

rence verticale ; raccourcissement du bras, mesuré du sommet de l'acromion au condyle externe ; élévation de l'épaule, élongation et resserrement du creux de l'aisselle quand le bras est porté en haut ; ecchymose linéaire le long du biceps ; craquement perçu en portant le coude en dehors ; flexion de l'avant-bras sur le bras douloureuse, surtout en supination ; mobilité anormale et persistante du bras. A. CHAUFFARD.

Zur Behandlung der Geschwülste des Sternum und des vorderen Mediastinum, par Ernst KÜSTER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 26 *février* 1883).

Homme de 30 ans, robuste, niant toute infection syphilitique. Il y a un an, durant plusieurs mois, douleurs sourdes dans la profondeur de la poitrine. Il y a six mois, apparition, sur le bord droit du sternum, d'une tumeur qui a grossi lentement. Une cure de six semaines par l'iodure de potassium n'en a pas modifié le volume.

La tumeur, grosse comme un œuf d'oie, est fixée au bord droit du sternum et aux 3e et 4e cartilages costaux. On la sent s'enfoncer dans l'intervalle, par une portion rétrécie en forme de col. Sa surface externe est lisse, rougeâtre. Elle est mobile sous la peau, élastique, fluctuante profondément, à peine sensible à la pression et non animée de pulsations.

Kuester diagnostique un sarcome du médiastin antérieur.

La tumeur adhérait au périoste du sternum et au périchondre des deux cartilages costaux adjacents ; il fallut réséquer la moitié droite du sternum et ces deux cartilages pour pouvoir l'atteindre dans le médiastin. Kuester reconnut qu'elle ne présentait aucune limite bien nette, étant entourée d'un tissu cicatriciel épais comme le doigt. S'étalant en champignon au dehors de la poitrine, elle se rétrécissait et s'étirait en pédicule, pour pénétrer dans la cavité thoracique, où elle formait une large masse.

En isolant la tumeur du tissu cicatriciel qui l'enveloppait, l'artère mammaire interne fut blessée. Ne pouvant la lier, Kuester pratiqua l'acupressure. La masse adhérait intimement à la plèvre droite et au péricarde. La dissection de la base de la tumeur put être achevée sans léser le péricarde. Mais en isolant la masse de la plèvre, celle-ci fut ouverte dans l'étendue d'une pièce de 10 pfennigs. Le poumon s'affaissa aussitôt, car on n'avait pas appliqué à temps, sur l'ouverture, la gaze phéniquée préparée à cet effet.

A part un peu de gêne respiratoire et de petitesse, avec fréquence, du pouls dans les premières quarante-huit heures, sans fièvre d'ailleurs, la guérison s'opéra sans incident. L'examen macroscopique et microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'une gomme.

On n'a encore publié qu'une opération analogue. C'est celle que Kœnig (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 42, 1882) pratiqua chez une femme de 36 ans, atteinte d'un chondrome du sternum. Kœnig, en réséquant le corps de cet os, dut lier les deux artères mammaires internes, en même temps qu'il ouvrait le péricarde et au moins une des plèvres. Il eut soin de comprimer immédiatement la plèvre lésée, en continuant cette compression jusqu'à la fin du pansement. L'opérée guérit. J. B.

I. — Anévrisme cirsoïde des doigts, par DESPRÉS (*Bull. soc. de Chir.*, *p.* 258, 1884).

II. — Anévrisme cirsoïde de la main, par P. BERGER (*Ibid.*, *p.* 309, 1884).

III. — Traitement des tumeurs cirsoïdes de la main, par POLAILLON (*Ibid.*, *p.* 348, 1884).

IV. — Mémoire sur les anévrismes inguinaux et sur la ligature de l'iliaque externe, par KIRMISSON ; rapport par BERGER (*Ibid.*, *p.* 471, 1884).

V. — Anévrismes de la fémorale, par DESPRÉS, PERRIN, PAMARD (*Ibid.*, *p.* 258, 344, 1884).

VI. — Anévrisme artério-veineux de la cuisse gauche, par U. TRÉLAT (*Ibid.*, *p.* 236, 1884).

VII. — Anévrisme poplité gauche diffus guéri par la ligature, par U. TRÉLAT (*Ibid.*, *p.* 326, 1884).

VIII. — De la rupture de l'artère axillaire dans la luxation de l'épaule, par CRAS (*Ibid.*, *p.* 739, 1884).

I. — Femme de 64 ans, qui avait vu survenir sans blessure une tumeur violacée et pulsatile du médius. Deux ans avant l'entrée de la malade, des vaisseaux bleuâtres se dessinèrent sous la peau jusqu'à la racine du doigt; ils offraient des battements appréciables pour la malade elle-même. En même temps, la pulpe du doigt indicateur droit était prise et depuis ce temps le mal est resté stationnaire. Mais alors il survint une altération du bout du médius tout à fait insolite, le bout du doigt se dessécha et tomba sous forme d'écailles sans qu'il y eut d'hémorragie, l'os même dénudé forme une saillie noire et sèche au-dessus des parties molles ; on eût dit une de ces ulcérations trophiques que l'on a constatées chez les malades atteints de lésions nerveuses. A la racine du doigt, l'on sentait des battements très forts et l'on pouvait suivre une grosse artère interosseuse du troisième espace dans la paume de la main, remontant jusqu'à la cubitale. L'extrémité de l'index était violacée et offrait des battements que la compression de la radiale et de la cubitale faisait disparaître. L'artère cubitale au-dessus du poignet était dilatée et flexueuse et très visible sous la peau ; l'artère radiale était saine. Incision de 8 centimètres sur le trajet de la cubitale, dénudation de l'artère du haut en bas. Une double ligature est placée sur le vaisseau au point où cessait la dilatation, et le vaisseau coupé entre les deux ligatures est détaché de haut en bas, en ménageant les coulisses des tendons, ce qui fut facile, en employant les ciseaux courbes. Une ligature est placée alors près du ligament antérieur du carpe, et 3 centimètres du vaisseau sont réséqués. L'artère réséquée, étendue, déroulée, mesurait plus de 4 centimètres.

Cette première opération précéda l'amputation du médius avec la tête du métacarpien.

La malade sortit de l'hôpital guérie. La pulpe du doigt indicateur battait à peine.

Comme on le voit, M. Després agissait d'après la supposition que les nerfs vaso-moteurs de l'artère étaient seuls malades et que peut-être, en les supprimant dans une grande étendue, on pourrait arrêter la marche envahissante de la dilatation artérielle. Cette opinion n'a point rallié les membres de la Société de chirurgie. La dilatation des artères du voisinage ne serait, à leur avis, que la conséquence des troubles circulatoires occasionnés par la tumeur et la disparition de la tumeur; sa guérison, soit par l'excision, soit par les injections coagulantes, suffit à ramener les vaisseaux, en très peu de temps, à l'état normal. MM. Terrier, Verneuil, Pozzi, Trélat, citent des faits ne permettant aucun doute à ce sujet.

II. — L'observation de Berger est assez analogue à la précédente. Mais le chirurgien a guéri son malade bien plus simplement, par la méthode des injections coagulantes telle que l'a préconisée Gosselin.

Dans ce cas les veines étaient remarquables par les battements qu'elles présentaient, et cette circonstance semble militer en faveur de l'opinion de Krause et Nicoladoni sur l'existence de communications artério-veineuses directes, ainsi que sur leur influence sur le développement des dilatations cirsoïdes.

III. — Dans le but d'éclairer d'une façon définitive cette difficile question du traitement, Polaillon a recueilli tous les cas connus d'anévrisme cirsoïde des mains. Ces observations sont au nombre de 26, que l'on trouvera résumées dans le *Bulletin*.

Il ressort de cette étude que pour les tumeurs cirsoïdes de la main, comme pour les tumeurs cirsoïdes du crâne, le seul traitement efficace consiste dans la destruction ou l'oblitération des vaisseaux de la tumeur elle-même ; car ce qui constitue le caractère fondamental essentiel de la lésion, c'est le fait de la communication facile des artères et des veines, et quant à la flexuosité des artères, c'est un point tout à fait secondaire dans la question. Dès que l'on a supprimé la cause de cette facile communication entre les systèmes artériel et veineux, la lésion artérielle à distance disparaît rapidement. Toutes les opérations qui portent sur les vaisseaux afférents donnent au contraire des résultats nuls ou incertains.

IV. — Une des particularités les plus intéressantes de l'histoire des anévrismes inguinaux, c'est l'existence d'abcès ou de bubons antérieurs. Dans quelques cas, l'anévrisme se manifeste alors que la suppuration persiste encore ; ce sont là des faits d'ulcération des artères dans des foyers purulents, mais d'autres fois l'anévrisme ne se manifeste que plus ou moins longtemps après la suppuration. L'interprétation est alors beaucoup plus difficile. Il est permis de se demander si l'inflammation ne s'est pas propagée du foyer purulent aux parois artérielles, déterminant dans leur épaisseur les modifications qui préparent la dilatation anévrismale.

Le siège des anévrismes inguinaux est le plus souvent l'origine de la fémorale, et dans les cas même où la tumeur déborde en haut l'arcade de Fallope, la ligature de l'iliaque externe reste le plus souvent applicable ; elle peut être regardée comme la méthode générale de traitement.

Les 90 observations colligées de 1865 à 1883, postérieures par conséquent à la statistique de Norris (1847) et à celle d'Eutter (1864), ont fourni une mortalité de 22,61 0/0, notablement inférieure, par conséquent, à celles obtenues par ces auteurs (27,90 0/0, Norris ; 30,71 0/0, Eutter).

La mortalité générale se trouve abaissée à 18,84 0/0, quand on considère les seules ligatures pratiquées pour anévrismes. Depuis que la méthode antiseptique s'est généralisée, elle tombe à 12,50 0/0.

La ligature dans les cas d'hémorragies donne des résultats tout différents. Sur 11 cas de cette nature, on trouve 5 morts, soit une mortalité de 45 0/0. C'est une raison pour lui substituer la compression, comme le veut Cripps, dans les cas d'hémorragies secondaires après ligature de la fémorale.

Tandis, en effet, que la ligature de l'iliaque externe, faite dans une pareille circonstance, a donné 12 morts et 2 guérisons, la compression a fourni, au contraire, 12 guérisons et seulement 3 morts.

De tous les procédés de ligature, le meilleur est celui d'A. Cooper. Il rend facile la recherche de l'artère, n'expose pas à la blessure du péritoine et à l'éventration consécutive, et il permet de jeter le fil aisément à 3 centimètres au-dessus de l'épigastrique.

Dans les cas où la ligature doit être faite à un niveau très élevé, l'incision conseillée par Marcellin Duval, et qui est une combinaison de celles d'Abernethy et d'A. Cooper, mérite la préférence.

Parmi les 90 observations de ligature de l'iliaque externe recueillies de 1865 à 1883, il y a eu 75 ligatures pour anévrismes.

Ces ligatures pour anévrismes donnent : 54 guérisons, 12 morts, 3 récidives, 6 résultats inconnus.

Les causes de la mort dans les 12 cas signalés ont été : 2 fois la pyohémie ; 2 fois la péritonite ; 2 fois les suites d'une amputation ; 3 fois l'hémorragie ; 1 fois des lésions hépatiques et rénales, dues à l'alcoolisme ; 1 fois l'embolie ; 1 fois la gangrène du membre.

Les complications suivantes ont été observées : hémorragie, 7 fois ; gangrène, 5 fois ; inflammation du sac, 2 fois.

V. — 1° Femme de 39 ans, anévrisme caractérisé par la présence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, ecchymose profonde descendant tout le long de la face interne de la cuisse, ictère hémaphéique, bruit de souffle et léger thrille dans la tumeur. Després fait la ligature de la fémorale ; le sac s'enflamme, les caillots se ramollissent, la température monte à 40° et le sang coule par une perforation de la peau ulcérée. Le chirurgien ouvre le foyer par une incision de 24 centimètres et il place sur les deux bouts de l'artère une pince qu'il laisse à demeure pendant 10 jours. Une hémorragie paraît par la plaie du pli de l'aine et une nouvelle ligature est faite en ce point ; la malade meurt d'infection purulente le 8 décembre.

M. Perrin rapporte le fait suivant :

2° Un homme de 30 ans porte un anévrisme à 4 centimètres au-dessous du pli crural. Malgré la compression continue, pendant un mois, la tumeur fait des progrès et triple de volume, une rupture de la poche paraît prochaine. Le 8 avril 1870, M. Perrin pratiqua la ligature de l'iliaque par le procédé d'Astley Cooper, et petit à petit la tumeur diminue, s'affaisse, puis disparaît. La guérison est depuis restée complète.

3° Pamard a eu également à traiter un homme de 31 ans, d'un anévrisme de la fémorale gauche. La tumeur commençait à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Le 16 avril, on applique la bande d'Esmarch, qui reste en place pendant une heure, la compression digitale fut faite ensuite pendant 5 heures, la même opération fut recommencée le lendemain, mais sans succès. On fit la ligature, l'artère fut coupée entre deux ligatures au catgut. La guérison fut rapide et complète ; le malade a repris sa profession de mineur.

VI. — Développé à la suite d'une plaie, que le malade s'était faite en courant précipitamment pendant qu'un couteau ouvert jeté dans la poche lui labourait la cuisse gauche, cet anévrisme, siégeant un peu au-dessus du milieu de la cuisse, offrait un volume de 6 centimètres sur 4.

Quelques séances de compression, tant directe sur la tumeur qu'indirecte à la racine du membre, suffirent à le transformer en anévrisme artériel pur, et la cure fut terminée par la compression méthodique du tronc fémoral au moyen d'une bouteille pleine de grains de plomb. Revu un an après, ce jeune garçon portait une cicatrice déjà pâlie, la tumeur était représentée par une sorte de plaque de 2 centimètres sur 15 millimètres de large, ne causant ni gêne ni douleur, et permettant l'exercice de toutes les fonctions du membre.

VII. — L'auteur rapporte, en grands détails, les inutiles tentatives faites avec la bande d'Esmarch, dont le malade subit trois applications accompagnées de douleurs intolérables, et les fort ingénieux essais de compression au moyen d'une bouteille contenant juste, en grains de plomb, les 5 kil. 500 nécessaires pour comprimer l'artère fémorale. Ce fut également sans résultat que l'on établit la compression du membre entier après l'avoir enfermé dans une sorte de bonnet de coton en caoutchouc, à l'intérieur duquel on insufflait de l'air au moyen d'une pompe foulante ; la fémorale fut liée tout au bas du triangle de Scarpa et la guérison ne se fit pas attendre.

VIII. — Un vétéran de la marine tombe d'une hauteur de 2 mètres et se luxe l'épaule droite. Des tractions modérées en opèrent la réduction le soir même. Dix jours après l'accident, subitement survient une douleur vive au creux de l'aisselle avec irradiations vers le coude, la tuméfaction du moignon est manifeste; pouls radial intact. Les jours suivants, les signes d'un anévrisme s'accusent de plus en plus. Cras se décide pour la ligature de la sous-clavière, qui procure au malade une guérison rapide et complète.

L'auteur rapproche de cette observation 34 faits qu'il a recueillis dans les différents auteurs français et étrangers.

D'après le relevé des observations, on peut admettre :

1° Que la blessure artérielle réside au voisinage du bourrelet rugueux de la tête déplacée;

2° Que la rupture complète ou incomplète se fait au niveau des collatérales inférieures à une hauteur variable suivant le déplacement, mais toujours vers la partie moyenne de l'axillaire;

3° L'épanchement sanguin est en communication avec l'articulation ouverte. Cette complication donne à l'accident une gravité particulière, et le sépare nettement au point de vue clinique des autres anévrismes de l'axillaire.

L'expectation a toujours été suivie de mort : 4 désarticulations de l'épaule, 4 morts; 5 ligatures de l'axillaire, 5 morts ; 11 ligatures de la sous-clavière, 4 succès.

M. Verneuil fait remarquer que tous les cas ne comportent pas un pronostic aussi grave que l'on semble l'admettre; chez une femme de 60 ans dont la luxation s'était plusieurs fois reproduite en quelques jours et qu'il refusa de soumettre à de nouvelles tractions, il a vu la réduction opérée par Malgaigne, à l'aide de moufles, entraîner la formation d'un petit anévrisme qui, un an et demi après, existait encore sans grands accidents.

L. JULLIEN.

I. — De l'anévrisme cirsoïde de la tête, par Paul GUILLEMIN (*Thèse de Nancy*, 1884).

II. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par DELORE (*Gaz. méd. de Paris*, *n°* 41, 11 *octobre* 1884).

I. — Parmi tous les procédés de traitement de l'anévrisme cirsoïde de la tête, l'auteur donne la préférence à l'excision par le bistouri et à l'électrolyse. Il conseille l'excision par le bistouri dans le cas d'anévrisme cirsoïde peu développé, siégeant sur le crâne. Il recommande l'électrolyse quand la tumeur est volumineuse, et il la préfère, d'une manière générale, chaque fois que l'anévrisme cirsoïde occupe la face ; l'électrolyse, en effet, ne laisse pas de traces aussi marquées que l'extirpation.

Le procédé d'électrolyse, auquel M. Guillemin donne la préférence, consiste à employer l'électrode positive seule (représentée par des aiguilles de platine plus ou moins nombreuses), en laissant le pôle négatif appliqué simplement sur la peau. L'électrolyse, dit M. Guillemin, agit lentement, mais sûrement; elle ne détermine ni embolie, ni abcès, ni hémorragie; le caillot auquel elle donne lieu se résorbe facilement, et la tumeur disparaît sans presque laisser de traces. L'électrolyse est applicable à tous les cas sans exception et surtout aux tumeurs volumineuses pour lesquelles les autres méthodes ne sont pas sans danger. Au besoin, on emploiera, en même temps que l'électrolyse, soit la compression, soit la ligature des artères qui alimentent la tumeur. P. PARISOT.

II. — Parmi les nombreux procédés mis en usage pour le traitement des tumeurs érectiles, l'auteur regarde comme l'un des meilleurs l'électrolyse, que déjà depuis de nombreuses années M. Le Fort emploie dans sa pratique.

Toutes les fois que ces tumeurs n'ont pas atteint un volume énorme, elles sont justiciables de ce procédé, qui réunit les conditions les plus favorables à la guérison, c'est-à-dire la puissance, qui permet de détruire les parties malades; la précision, qui n'expose pas ainsi à la lésion des tissus sains, et la formation de cicatrices aussi légères que possible.

OZENNE.

Triple angiome de la langue traité par les injections de tannin au 1/10 et le thermo-cautère, par BERTHOD (*Gazette méd. de Paris*, 20 *septembre* 1884).

Reuch..., 24 ans, atteinte depuis son enfance, sur la partie antérieure de la face dorsale de la langue, de deux taches bleuâtres, situées l'une à droite, l'autre à gauche du sillon médian. Ces taches diminuaient de volume au moment des règles; elles augmentèrent, au contraire, durant deux grossesses.

Actuellement la pointe de la langue est déformée par deux saillies oblongues, violacées, l'une plus considérable, à droite, et qui sont des tumeurs érectiles. Le long du bord droit de l'organe il en existe une troisième, du volume d'une grosse noisette, comme les autres.

On pratique successivement dans chacune d'elles une injection de 20 gouttes d'une solution de tannin au dixième. Une escarre se forme sur l'une d'elles, et après sa chute la cicatrisation marche rapidement. Les deux autres tumeurs ne se sphacélant pas, sont profondément cautérisées avec la pointe du thermo-cautère, et en quelques jours la guérison est obtenue. OZENNE.

Ueber Fermentintoxication, ausgehend von einer Blutcyste (De l'empoisonnement par le ferment fibrineux dans un cas de kyste sanguin), par F. CRAMER (*Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie*, 16 *avril* 1884, *et Archiv für klin. Chirurgie*, 1884, *t*, *XXX*, *p.* 812).

Une femme de 27 ans est prise, en 1881, durant sa première grossesse, d'une fièvre continue avec toux sèche, rebelle, et poussées fréquentes de diarrhée; comme, en outre, elle offrait les signes objectifs d'une affection pulmonaire, elle est considérée comme phtisique. Quelques mois plus tard, en novembre 1881, elle s'aperçoit par hasard de l'existence, dans les parties molles de sa cuisse gauche, d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui augmente graduellement; deux ponctions exploratrices, faites à intervalles divers, ne donnent que du sang. — En janvier 1883, la malade, très épuisée

par la persistance de la fièvre et des phénomènes thoraciques et intestinaux, se présente à Langenbeck; la tumeur a le volume d'un gros œuf d'oie; Langenbeck l'extirpe et reconnaît qu'il s'agit d'un kyste sanguin dont les parois sont formées d'un tissu caverneux provenant très vraisemblablement d'un angiome caverneux. Le résultat de cette opération fut merveilleux; tous les accidents disparurent du coup, et, au bout de cinq semaines, la malade rentra chez elle complètement guérie.

Cramer considère l'affection de cette femme comme une intoxication chronique par le ferment fibrineux de Schmidt. Ce ferment s'est développé dans le sang stagnant du kyste, parce que ce liquide n'était plus au contact d'une paroi vasculaire normale; or, comme le kyste, par suite de la structure caverneuse de ses parois, était en communication directe avec le système vasculaire, ce ferment pénétrait continuellement dans le sang. De là des accidents fébriles et des coagulations capillaires dans le poumon et l'intestin avec leurs conséquences, absolument comme l'avaient réalisé expérimentalement Kohler, Angerer, Edelberg et Bergmann en injectant directement du ferment fibrineux et comme on l'observe encore dans certains cas par la résorption des épanchements sanguins ou à la suite de la transfusion. DE SANTI.

Ulcération des artères au contact des foyers purulents, par TERRILLON et GILLETTE (*Bulletin soc. Chirurgie, p.* 214 *et* 222, 1884).

1° Dans le cas de Terrillon, il s'agit d'un homme de 24 ans, atteint d'une ostéomyélite du fémur, suite de fièvre typhoïde. L'affection durait depuis 18 mois en s'accompagnant de fistules et de clapiers. Une première tentative pour drainer ces clapiers avait donné d'assez bons résultats, quand, peu de jours après, le malade fut pris d'une hémorragie foudroyante de la poplitée, et mourut malgré la ligature de la fémorale. L'autopsie fit reconnaître dans la partie supérieure du creux poplité une ulcération simultanée de la veine et de l'artère. La perforation artérielle était égale à une pièce de 20 centimes; aucun drain n'était dans le voisinage. Autour de ces vaisseaux existait une masse de tissus indurés et enflammés, remplis de petites loges purulentes. L'os contenait un vaste ulcère (8 centimètres de longueur sur 1 centimètre) communiquant avec l'extérieur par des fistules.

2° Dans le cas de Gillette, l'hémorragie fut produite par l'ulcération de la honteuse externe au contact d'un vaste abcès par congestion drainé. Elle se reproduisit trois fois et le malade mourut deux jours après la dernière.

JULLIEN.

Vorstellung eines Falles von Blutcyste der seitlichen Halsgegend (Kyste sanguin du cou communiquant avec la jugulaire), par J. WOLFF (*Berlin. klin. Woch., n°* 4, *p.* 60, 28 *janvier* 1884).

L'an dernier déjà, Wolff a opéré avec succès un kyste sanguin de la région latérale du cou. Ce fait a été décrit dans la thèse de Baggerd (Berlin 1883).

Dans le cas actuel, il s'agit d'une femme de 23 ans. Il y a 8 ans, elle a remarqué pour la première fois, au niveau de la veine jugulaire gauche, une tumeur qui a beaucoup grossi depuis sa dernière grossesse.

Une ponction exploratrice a montré que la tumeur ne contenait que du sang veineux.

Il suffit de la comprimer fortement avec le doigt pendant deux minutes pour la réduire complètement, mais momentanément.

Quand la malade est émue, la tumeur atteint le volume du poing d'un homme robuste.

Wolff se propose de faire l'opération qui lui a déjà réussi dans le cas mentionné plus haut et que Hueter seul avait exécutée avant lui.

Après avoir mis complètement à découvert le kyste et l'avoir vidé de son contenu, un aide le saisissant avec les cinq doigts, Hueter passera des fils de catgut superposés, de façon à étreindre la tumeur par segments successifs.

Ce procédé opératoire met à l'abri des hémorragies graves et de la pénétration de l'air dans les veines. (*R. S. M.*, II, 626, XI, 635, et XII, 622.) J. B.

Extirpation des ganglions du cou, par POULET. — Rapport par CHAUVEL. — Discussion (*Bull. soc. de Chir.*, *p.* 160, 172, 186, 222, 229, 1884).

La question de l'opportunité de l'extirpation ganglionnaire a été l'objet d'une longue discussion. A propos d'une observation de Poulet, Chauvel se prononce catégoriquement contre l'intervention. Les arguments sont les suivants :

a) L'hygiène et le traitement général ont sur la marche de ces lésions une influence considérable.

b) Les partisans de l'extirpation partent de ce principe que tout ganglion strumeux est tuberculeux, et qu'il peut donner lieu à une généralisation du principe morbide, à la phtisie pulmonaire, à la méningite tuberculeuse. Or, cette influence n'est nullement démontrée.

c) Le but poursuivi par ces opérateurs est l'exérèse, la destruction complète de tout le foyer, car une opération incomplète ne peut amener aucun bon résultat. Or, il ne semble pas que ce résultat soit facilement réalisable, puisque Fischer accuse 32 récidives sur 95 cas, Riedel 6 sur 7 opérations, et Kocher 19 sur 40.

d) L'acte chirurgical ne met pas à l'abri de la phtisie qui a frappé 13 sur 92 opérés de Fischer, 2 sur 19 de Riedel, et 11 sur 40 de Kocher.

e) L'opération par elle-même est grave ; un exemple en est fourni par le fait de Poulet, et bien d'autres seraient à relever dans les statistiques des chirurgiens allemands.

Comme conclusion, Chauvel déclare qu'il bornerait son intervention à l'ouverture des foyers par les caustiques, au grattage et au raclage des parois caséuses, à la destruction des tissus envahis et altérés profondément, mais sans tenter l'extirpation radicale des ganglions.

M. Desprès s'est posé en adversaire acharné de toute extirpation ; M. Verneuil, faisant remarquer que les malades ne meurent jamais par le seul fait de l'adénite cervicale chronique, s'élève énergiquement contre les grandes opérations radicales. Le raclage n'a pas donné non plus de bons résultats entre ses mains, il en est de même des injections iodées et des cautérisations au fer rouge. Cependant s'il fallait faire un choix entre les méthodes d'exérèse, l'extirpation pure et simple l'emporterait encore sur le curage, qui ne procure que des guérisons éphémères, tout comme les résections partielles.

M. Richelot se fait le défenseur des injections interstitielles de teinture d'iode. Trois ou quatre succès complets sur 5 ou 6 malades lui donnent la plus grande confiance dans ce genre de traitement.

M. Cazin apporte le résultat du traitement maritime combiné avec la cure chirurgicale locale sur 1,482 enfants. Reconnaissant que la cure par l'hygiène ne réussit qu'à la condition d'être très prolongée, réclamant en moyenne 376 journées de séjour à l'hospice, M. Cazin a pris la résolution d'intervenir. Une fois l'enfant acclimaté et fortifié, l'intervention est pratiquée, c'est le raclage avec la curette associé à la cautérisation. Il transforme les surfaces malades et anfractueuses en places nettes; le thermo-cautère et les pinces hémostatiques mettent à l'abri de toute hémorragie et l'ablation se poursuit complètement au grand bénéfice des petits malades. Sur 305 enfants, il a pratiqué 102 ablations de ganglions. Les opérés ont donné en guérison 83.34 0/0 et les non opérés 68.77, c'est-à-dire en faveur de l'ablation 14 0/0. Enfin le nombre des journées de séjour est tombé de 376 à 225. JULLIEN.

I. — **Résultats statistiques de l'opération de l'empyème, par MOUTARD-MARTIN** (*Bull. de Thérap.*, 28 *février* 1882).

II. — **Sur le traitement de l'empyème, par HOBSON** (*The Practit.*, *vol.* 28, *mars* 1882).

III. — **Resektion of reben vid kronik Empyem (Résection de côtes dans l'empyème chronique), par ESTLÄNDER** (*Nord. med. Arkiv*, *t. XI*, *n°* 21).

IV. — **Ueber die Endresultate von Empyemoperationen (Résultats terminaux des opérations de l'empyème), par FRÄNKEL** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 49, 1882).

V. — **Extraction sans opération sanglante d'un tube à drainage tombé dans la plèvre, par DUBOUÉ** (*Bull. soc. Chir.*, *p.* 579, 1882).

VI. — **The thoracoplastic operation of Estlander, par Ch. FENGER** (*The med. News*, 23 *septembre* 1882).

VII. — **Résection partielle de deux côtes pour une pleurésie purulente chronique, par A. PONCET** (*Lyon med.*, 24 *décembre* 1882).

VIII. — **Suggestions for the treatment of special cases of empyema by thoracentesis, on the simultaneous injection of purified air (Réflexion sur le traitement de certains cas d'empyème par la thoracentèse avec injection simultanée d'air purifié), par R.-W. PARKER** (*Britisch. med. Journ.*, *juin* 1883).

IX. — **Treatment of empyema, par FLETCHER INGALS** (*The Chicago medical Journal*, *août* 1883).

X. — **Forty cases of incision of the chest, for empyema (Incision du thorax pour l'empyème), par EDISON** (*Brit. med. Journ.*, *septembre* 1883).

XI. — **A contribution of the treatment of Empyema, par CABOT** (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 *août* 1883).

XII. — **De la ponction exploratrice au point de vue du diagnostic et du traitement chirurgical des exsudats pleurétiques, par FRAENTZEL** (*Charité Annal.*, *VIII Jahrg*, *p.* 289).

XIII. — **L'opération d'Estländer (Rapport sur un travail de BOUILLY, par P. BERGER)** (*Bull. soc. de Chir.*, *p.* 958, 1883, *et p.* 264, 1884).

XIV. — **Observations de BERGER, MONOD, EHRMANN, SALTZMANN, etc. (Suite de la discussion)** (*Bull. soc. de Chir.*, *p.* 864 *et suiv.*, 1884).

I. — La pleurésie purulente présente deux formes :

1° Elle est purulente d'emblée ;

2° Elle succède à une pleurésie séreuse, qu'il y ait eu ou non thoracentèse.

Dans le premier cas, la guérison peut être obtenue par une seule ponction. 4 exemples. Si le pus se reproduit, si la fièvre persiste, il faut recourir à l'opération de l'empyème. 9 guérisons sans un seul insuccès.

Dans le second cas, si les thoracentèses successives ne produisent pas d'amélioration notable dans les symptômes généraux, si le pus se reproduit rapidement, si enfin des fausses menbranes font obstacle à l'écoulement du pus, il faut opérer. 28 guérisons sur 37 cas.

Sur 19 cas de pleurésie purulente ouverte dans les bronches chez des sujets non tuberculeux, 12 ont guéri par l'opération de l'empyème.

Sur 8 autres cas de pleurésie purulente consécutive à l'ouverture de kyste hydatique dans la plèvre avec ou sans fistules bronchiques, 7 ont guéri.

Enfin, lorsque l'opération a été pratiquée sur des sujets tuberculeux, soit pour un pyopneumo-thorax, soit pour une pleurésie purulente, le résultat a toujours été négatif, quelle que fût dans certains cas l'amélioration passagère que l'on pouvait constater. V. OETTINGER.

III. — Ce mémoire est basé sur six cas d'empyème dans lesquels la résection fut pratiquée par l'auteur. Sur ce nombre, cinq guérisons furent obtenues, le sixième malade succomba, épuisé par la suppuration, après avoir éprouvé pendant quelque temps une amélioration notable. L'âge des malades a varié de 21 ans à 56 ans; l'empyème remontait de 6 mois à 22 mois. L'auteur recommande de réséquer les côtes sur la ligne axillaire et d'enlever de 3 à 6 centimètres de fragments osseux. La résection doit être sous-périostée, elle peut porter sur six côtes au maximum. Le mauvais état général n'est pas une contre-indication à l'opération.

C. GIRAUDEAU.

IV. — D'après Billroth, les procédés antiseptiques n'ont pas encore eu d'influence décisive sur les résultats définitifs de l'empyème et ces résultats dépendent surtout des circonstances étiologiques (traumatismes, tuberculose, septicémie), du degré d'extension de la collection purulente et de l'époque où est pratiquée l'opération.

Cet auteur ne considère pas la carie costale comme une conséquence nécessaire de l'empyème, et quand cette complication se produit, elle n'a pas à ses yeux la gravité qu'on lui attribue d'ordinaire.

Sur 15 cas d'empyème, provenant de son service, il n'y a que deux succès, auxquels on pourrait peut-être ajouter quelques terminaisons favorables chez des sujets qui ont quitté l'hôpital avant la fin de leur maladie.

Voici le résumé des plus intéressantes observations :

1° Ouvrière de 20 ans, reçue à la clinique le 29 mars 1876. Six mois avant l'entrée à l'hôpital, elle a souffert d'une pleuro-pneumonie à la suite de laquelle s'est produit un épanchement de la plèvre gauche. La collection se vide spontanément au dehors, le 30 mai, entre la 7e et la 8e côte; on recueille un litre de pus et les fistules pleuro-cutanées persistent. La malade sort de l'hôpital, puis rentre le 4 juin 1877.

Elle raconte que les fistules ont continué à fournir un écoulement permanent, quelquefois infect. Le 6 juin, on réunit les deux orifices par une incision de 9 centimètres, on réséque des segments de la 8e côte et de la 9e. Hémorra-

gie d'une intercostale et ligature. Drainage et lavage de la plèvre avec la solution phéniquée.

Le 13 juin, érysipèle guérissant au bout de 8 jours.

A ce moment, la sécrétion pleurale a diminué, l'état général est meilleur ; on permet au malade de quitter l'hôpital, puis on l'envoie à la campagne. En automne, il revient pour subir les lavages réguliers. Au mois de novembre, le pus augmente. Le 2 janvier, le patient se présente pour se faire laver et raconte que, depuis quelques jours, il a de la fièvre avec un accroissement notable de la quantité de pus.

On introduit dans la plaie un cathéter élastique, on injecte l'eau phéniquée, puis on se sert d'un long tube à drainage pour continuer les injections.

Tout à coup le malade perd connaissance ; la respiration et le pouls s'arrêtent un instant, puis il se produit des convulsions toniques des extrémités supérieures, avec opisthotonos, trismus, écume à la bouche ; les extrémités inférieures sont agitées de contractions alternativement cloniques et toniques.

3 janvier. Mêmes phénomènes pendant la nuit. T. 39 le matin, 39,6 le soir. Convulsions.

4 janvier. T. 39,6. On essaye d'alimenter le sujet à l'aide d'une sonde, mais sans succès. Mort dans la nuit.

L'autopsie ne révèle pas la cause de cette brusque terminaison, qui semble résulter d'une sorte de choc traumatique. Elle montre la dégénérescence amyloïde des viscères et l'existence dans le ventricule gauche d'une végétation globuleuse grosse comme un œuf de pigeon.

2° Pleurésie traumatique chez un homme de 43 ans qui a reçu un coup de couteau dans la poitrine. Après l'accident, hémoptysie abondante. La plaie, au lieu de se cicatriser, a continué à suppurer. Billroth incise sur la dixième côte, et, trouvant cet os nécrosé en partie, excise un fragment de 4 centimètres. Après écoulement de 200 grammes de pus, il fait le pansement à l'iodoforme. Le 4 juillet, le malade quitte l'hôpital, amélioré, non guéri.

3° Pyothorax à la suite d'une blessure par arme à feu chez un homme de 28 ans.

Thoracotomie et drainage. Irrigation permanente de la cavité pleurale avec une solution phéniquée à 1 0/0. L'intoxication par l'acide phénique nécessite l'interruption de ce traitement. Plus tard on irrigue à l'aide de la solution d'acide thymique.

Guérison complète en neuf mois. L. GALLIARD.

V. — L'auteur s'est servi d'un cordonnet en caoutchouc revêtu de soie mesurant le n° 5 de la filière Charrière. Ce cordon, long de 50 centimètres, a été plié en anse, et l'anse introduite dans la cavité pleurale. L'auteur balayait tous les matins la plèvre avec ce filet élémentaire, bien convaincu que le hasard lui ferait un jour rencontrer le corps étranger et que la victoire couronnerait sa patience. A la trentième tentative l'anse ramena en effet le corps étranger, qui avait une longueur de 76 millimètres et un calibre n° 10 de la filière Charrière.

Ce procédé ingénieux a préservé le malade d'une pleurotomie difficile en raison de l'étroitesse des espaces intercostaux, et incertaine, car la place précise du corps étranger n'était pas connue. L. JULLIEN.

VI. — L'auteur, après avoir passé en revue tous les traitements de l'empyème, s'occupe surtout de la méthode à suivre en cas de fistules pleurales permanentes. Il faut alors recourir à l'opération d'Estlander.

Fenger rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans, atteinte depuis deux ans de pleurésie purulente, ponctionnée à plusieurs reprises. Il se produisit une fistule, qu'on essaya de guérir par la dilatation de l'orifice, le drainage et des lavages quotidiens pendant un an. On se décida alors à faire

la résection des 4e 5e et 6e côtes, sur une étendue de 7 et 6 centimètres. Il y eut un peu de fièvre pendant les six premiers jours ; le 37e jour on retira les drains, et en 54 jours on obtint une guérison complète.

Fenger discute les indications et les contre-indications de l'opération d'Estländer. Elle doit être pratiquée, au besoin, à plusieurs reprises, lorsque, après plusieurs ponctions aspiratrices, la fièvre ne tombe pas et que la cavité pleurale se remplit rapidement de liquide. Elle est contre-indiquée en cas de tuberculose avancée, de cachexie extrême et de dégénérescence viscérale. P. B.

VII. — Jeune homme de 15 ans, atteint de pleurésie purulente à la suite d'une fièvre typhoïde en août 1881. Des ponctions successives donnent issue à de grandes quantités d'un liquide purulent. Vomique consécutive.

Au moment où il entre dans le service de Poncet, 11 mai 1882, le malade est dans un état très grave. Albuminurie. Expectoration de 3/4 de litre de pus chaque jour ; matité absolue en arrière jusqu'à la 6e côte. Poids, 38 kilogrammes.

Du 11 mai au 18 juillet, on essaye de remonter le malade ; il dépérit de plus en plus.

Le 18 juillet, M. Poncet pratique la résection de trois fragments de 4 centimètres des 6e, 7e et 8e côtes. Large incision de la plèvre, qui laisse couler un litre et demi de pus. Drainage et lavage à l'eau salicylée. La température s'élève le 1er jour à 39°, pour redescendre bientôt à la normale. L'expectoration cesse au bout de quelques jours.

Le 18 août, l'albuminurie a disparu ; le malade a augmenté de 3 kilogrammes.

Le 7 novembre, le drain est complètement enlevé ; la respiration s'entend partout ; le malade pèse 52 kilogrammes ; il sort guéri quelques jours après.

M. Poncet note la simplicité de l'opération, l'absence d'hémorragie ; il a pris soin de dénuder les côtes et de repousser avec la gaine périostale les artères intercostales. La suppression des fragments costaux diminue la résistance de la cage thoracique en même temps qu'elle donne une large voie d'écoulement au pus.

VIII. — L'idée d'injecter de l'air purifié dans la cavité pleurale a été suggérée à l'auteur par le fait suivant. Une petite fille de 7 ans, atteinte de pleurésie purulente étendue, et dans un état de dyspnée extrême, est ponctionnée infructueusement à deux reprises différentes avec l'aspirateur, pour faire sortir le pus, et faire pratiquer l'empyème et le drainage de la plèvre. L'enfant guérit après quelques incidents. L'auteur se demande pourquoi, dans certains cas, l'aspiration est impuissante à évacuer le pus d'une poitrine. Il suppose que cela tient à ce que la cavité pleurale est hermétiquement remplie par un liquide à tension très forte : s'il y avait simultanément des gaz, l'aspiration deviendrait facile. Il se propose de remédier à ces inconvénients en injectant dans la plèvre de l'air préalablement rendu antiseptique ; et il propose un appareil destiné à la fois à la propulsion de cet air et à l'aspiration du liquide pleural. Nous doutons que l'explication physique du phénomène soit exacte, et on doit faire des réserves sur la valeur du procédé thérapeutique préconisé. H. R.

IX. — Relation de plusieurs observations, dont voici les plus intéressantes :

1° Enfant de 10 mois guérie d'une pleurésie purulente par une seule ponction, faite au bout de la 5e semaine.

2° Garçon de 3 ans et 9 mois. Pleurésie purulente dans la convales-

cence de la scarlatine. Ponction, puis, six jours plus tard, introduction de deux drains et lavages à l'acide phénique. Guérison complète au bout de la 7e semaine.

3° Homme atteint de pleurésie purulente, six semaines après une fièvre typhoïde. 2 aspirations successives par lesquelles on retira une pinte, puis vingt-quatre onces de pus. 4 jours plus tard, introduction d'un gros trocart, puis de deux drains à travers la canule. Lavages répétés avec des solutions de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent. Enfin le trajet fistuleux s'étant élargi, application de galvano-cautère qui amena la guérison en un mois. J.-B. H.

X. — D'une statistique détaillée portant sur 40 cas d'empyème, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Les enfants et les jeunes gens supportent beaucoup mieux l'opération et guérissent plus facilement que les adultes. La longue durée de la maladie avant l'opération a une influence défavorable : la guérison survient d'autant plus vite qu'on opère de bonne heure. La grande quantité de la collection purulente est également une fâcheuse condition.

Relativement à l'opération elle-même, on peut anesthésier les malades sans danger, pourvu qu'il n'y ait pas une dyspnée trop considérable. Le lieu où est pratiquée l'incision importe peu ; autant que possible, le pus doit être évacué lentement : mais la condition la plus importante est d'introduire largement le drainage de la plèvre : la méthode antiseptique, là, comme dans les autres opérations chirurgicales, donne les meilleurs résultats.

Les cas simples de pleurésie purulente où le poumon est sain et où les autres organes du corps ne sont pas malades guérissent d'une façon presque absolue, mais on ne peut à l'avance préciser leur durée probable. Les cas où le liquide pleural se reproduit rapidement après les ponctions, avec une apparence séreuse et sanguinolente, comportent en général un mauvais pronostic : presque toujours ils sont symptomatiques de tuberculose pulmonaire. Même quand on a la certitude de la présence des tubercules, il n'en faut pas moins faire la pleurotomie, lorsque la dyspnée devient extrême ; après, l'épanchement est alarmant par son étendue. H. R.

XI. — L'auteur se loue beaucoup de l'emploi de la méthode antiseptique dans l'empyème. Il rapporte 14 cas, dont 11 guérisons et 3 insuccès : dans deux de ces cas la mort fut causée par les progrès de la phtisie ; dans le dernier, concernant un épanchement de date ancienne (4 ans), la mort survint subitement. Calot se prononce contre l'emploi de longs drains, qui ont pour effet de déchirer les adhérences en voie de formation ; il recommande les injections intra-pleurales en cas de fétidité du pus. L. D.-B.

XII. — Fraentzel proteste contre l'abus que l'on fait actuellement en Allemagne de ponctions exploratrices de la plèvre dans un but diagnostique et thérapeutique.

Il montre que cette manœuvre, en apparence inoffensive, peut avoir des conséquences graves, telles qu'un épanchement sanguin abondant dans la plèvre, lorsqu'il existe non une pleurésie, mais de la splénisation pulmonaire. Il fait voir en outre que sa valeur diagnostique a été exagérée ; il peut arriver, par exemple, qu'il ne s'écoule par la canule de la seringue

qu'un liquide séreux, alors que les couches profondes de l'épanchement pleural sont franchement purulentes.

De plus, il n'est pas indifférent d'émotionner un malade, s'il faut ultérieurement le soumettre à l'épreuve de la ponction évacuatrice.

Les cas où la ponction exploratrice est réellement indiquée sont donc rares ; et d'ailleurs, comme le fait remarquer Fraentzel, tous les médecins qu'il a eu à soigner pour des pleurésies se sont énergiquement refusés à ce que l'on pratiquât sur eux cette exploration, dont ils sont si prodigues à l'hôpital. L. D.-B.

XIII. — Ce n'est pas d'aujourd'hui que les chirurgiens ont entamé les côtes pour arriver à guérir l'empyème. König, Hampeln (de Riga), Wagner (de Konigshütte), Gerhardt (de Wursbourg), Baginski (de Breslau), Roser (de Marburg) et Simon (de Heidelberg) ont adopté depuis plusieurs années la résection partielle ou totale d'un arc costal ou de deux au plus pour faciliter la formation d'un orifice béant favorable à l'évacuation des épanchements pleuraux.

En 1875, Letiévant (de Lyon) réséquait 4 centimètres de la 7e et la 8e côte pour remédier à une hémorragie, et faisait remarquer combien la mobilisation des parois thoraciques par section ou par fracture serait de nature à faciliter la cure de l'empyème en permettant au thorax de se porter à la rencontre du poumon. Mais ce fut Estländer (d'Helsingfors) qui, le premier, en 1877, établit par le raisonnement, proclama et réalisa les indications de la résection costale dans le seul but d'obtenir par la section des côtes un affaissement plus complet de la paroi thoracique, sans aucune préoccupation d'agrandir l'orifice de la fistule.

Le rapport de Berger est basé sur des faits tant inédits que recueillis dans les différents recueils allemands et anglais, dont le total est de 21. Voici les résultats que fournissent les faits déjà publiés :

9 succès complets (3 Estländer; 1 Schneider, Langenbuch, Körting, J. Bœckel, Gersler, Max Schede).

2 améliorations de l'état local et de l'état général (Estländer, Homeis).

6 insuccès manifestes (2 Estlander ; 1 Honiu, Körting, Weiss, Weinlechner).

Le résumé de cette petite statistique, en y comprenant les observations inédites de Bouilly, Berger, J. Bœckel, donne sur 26 cas :

10 guérisons complètes.

5 améliorations notables.

3 insuccès.

4 cas dans lesquels l'insuccès fut suivi plus ou moins longtemps après de la mort du malade.

4 cas encore en observation.

Dans aucun cas la mort ne peut être mise sur le compte de l'intervention chirurgicale. Il faut en accuser soit la tuberculisation pulmonaire, soit l'albuminurie ou la dégénérescence amyloïde des viscères. L'âge n'est pas une contre-indication (une des premières guérisons d'Estländer fut obtenue sur un homme de 56 ans), non plus qu'un soupçon de phtisie pulmonaire ni un affaiblissement même profond, car Berger a pu guérir un jeune homme dont l'état avait fait penser à une tuberculose aiguë. Au contraire l'albuminurie dénotant la dégénérescence du rein doit être considérée comme une formelle contre-indication. *A priori* il semble que la durée de la temporisation, marquée par le nombre antérieur des ponc-

tions, l'époque ancienne depuis laquelle existait la fistule, eussent dû exercer une influence fâcheuse et produire la majeure partie des mauvais résultats ; mais l'examen des faits ne justifie pas cette manière de voir puisqu'un des opérés de Lossen portait une suppuration intra-thoracique depuis 17 ans, puisque le malade de Bouilly avait vu se former l'ouverture spontanée par laquelle s'était établie la fistule depuis 10 ans.

Dans bien des cas l'*absence de guérison a vraisemblablement tenu à la timidité du chirurgien* ou à son inexpérience de l'opération qu'il devait pratiquer. Aussi voit-on plusieurs fois les opérateurs remédier d'une façon décisive à un premier insuccès en reprenant le bistouri pour agrandir les dimensions de la résection costale primitive.

La *technique* de l'opération peut se résumer de la façon suivante : on incise le plus souvent *sur la partie latérale du thorax ;* c'est le point le plus favorable, car c'est celui où la paroi est le moins épaisse. Les côtes que l'on doit intéresser peuvent être fort nombreuses ; toutefois il en est quatre que l'on doit en général respecter, ce sont les deux premières et les deux dernières ; à ces exceptions près, la règle est de *faire porter la résection sur toutes les côtes et sur toute l'étendue de leur arc correspondant aux dimensions verticales du foyer.* Il ne faut pas craindre de porter l'instrument sur 4, 5 et 6 côtes et d'en réséquer comme l'a fait Langenbuch 11 et même 13 centimètres.

Incisions multiples ou uniques, linéaires, cruciales, courbes en H, lambeaux quadrilatères ou autres peuvent être mis en usage ; il convient seulement, si l'on taille un lambeau, d'avoir soin qu'il soit ramené par son propre poids sur les surfaces à recouvrir. Les résections costales doivent être faites par la méthode sous-périostée ; c'est le seul moyen d'éviter la blessure des nerfs et vaisseaux intercostaux. La section de la côte se fait avec une pince de Liston courbe et non sans quelque difficulté pour la côte attaquée la première ; puis chaque bout étant saisi avec un davier, on achève la dénudation et l'on sectionne sur les parties latérales. Là doit se borner l'acte opératoire dans les cas ordinaires, car l'ablation du feuillet pleural proposée par Max Schede ouvre la voie à bien des complications et surtout à bien des longueurs causées par la lenteur du processus réparateur. Sprengel conseille de se borner à faire le lavage du foyer et du trajet sans en effectuer le raclage, car un tel curage ne peut que rarement être complet, et, s'il est imparfait, il présente plus de dangers que d'avantages. On termine en plaçant un tube dans la fistule, si elle est déclive ; en établissant le drainage au moyen d'un nouvel orifice créé vers le bas, si elle est située dans la zone supérieure du foyer.

Les phénomènes ultérieurs doivent évoluer rapidement du côté de l'amélioration ; il faut que de jour en jour on reconnaisse, par la diminution du liquide nécessaire pour les lavages, l'amoindrissement correspondant de la cavité. Si au bout de 6 ou 7 semaines on vient à explorer avec la pointe d'une aiguille l'intervalle des fragments osseux, on trouve une résistance qui indique la reproduction hâtive de l'os dans un grand nombre de cas. Si donc à ce moment le trajet ne s'est pas oblitéré, ou s'il reste une cavité de dimensions appréciables, il faut considérer le résultat comme imparfait et recourir à une nouvelle opération.

Les *indications* de l'opération d'Estländer comprennent tous les cas d'empyème chronique devenu fistuleux dont la guérison ne peut plus être

espérée, lorsque 3 ou 4 mois après l'incision on constate une suppuration abondante et la cessation du retrait de la paroi, ayant ainsi atteint l'extrême limite compatible avec l'intégrité des arcs costaux.

Les seules *contre-indications* se tirent de l'existence manifeste de lésions tuberculeuses des poumons et surtout de cavernes, de l'apparition de l'albumine et des autres circonstances qui contre-indiquent l'emploi de toutes les opérations chirurgicales : maladies intercurrentes, érysipèles.

Dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport, Verneuil a formulé des réserves en ce qui concerne la théorie mécanique qui a conduit à la conception et à l'exécution de l'opération d'Estländer. Il rappelle qu'une théorie similaire attribuait la persistance des fistules ischio-rectales à l'impossibilité dans laquelle se trouvait rectum de se rapprocher des parois du bassin, et que cette théorie n'est plus soutenable aujourd'hui. Enfin le terme de 3 ou 4 mois proposé par le rapporteur pour laisser à la guérison le temps de se produire, avant d'en arriver au « désossement de la poitrine » est peut être un peu court ; il faut bien insister sur ce point que l'on ne doit songer à l'opération qu'alors que les côtes par leur affaissement ont fait tout ce qui leur était possible pour combler la cavité morbide. M. Després pense également que l'on tend aujourd'hui à faire trop petite la part de la guérison spontanée des fistules pleurales ; une simple contre-ouverture suffit parfois à les guérir ; d'autre part il est des fistules qui ne gênent nullement les malades et pour lesquelles on ne peut songer à une opération ; enfin celles qui tiennent à une suppuration interlobaire n'ont rien à gagner à la résection costale.

MM. Lucas-Championnière, Périer, Sée, Monod, Bouilly dont la très remarquable observation a été l'occasion de cette discussion, sont au contraire disposés à agrandir le cercle des indications de l'acte opératoire et apportent au cours de la discussion les faits cliniques les plus probants.

XIV. — Les observations ultérieures n'ont pas confirmé les conclusions optimistes de Berger. Le premier, il vient les contredire avec un cas de mort survenu le jour même de l'opération.

Que l'on rapporte cet insuccès à l'influence du chloroforme, au choc traumatique, peut-être aussi à la perturbation apportée au mécanisme respiratoire par le fait de la résection, il est bien certain que l'acte chirurgical a hâté la fin de ce malade, et que celui-ci est mort de l'intervention. Il en fut de même chez un trentagénaire (*Bull. Soc. chir.*, p. 703) que Bouilly opéra pour une cavité énorme et auquel il réséqua 8 côtes de la 9e à la 2e dans une étendue variant de 6 centimètres à 9 1/2. Ce malheureux mourait le 6e jour d'une septicémie suraiguë développée le lendemain de l'opération. Ehrmann ne fut pas plus heureux chez un homme auquel il enleva de larges segments des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes et qui succomba le 10e jour (*Ibid.*, 1884, p. 334).

Cependant, et Saltzmann insiste tout particulièrement sur ce point, la proportion des malades guéris qui n'excède pas 40 0/0 s'améliorerait sans doute si, bien convaincu du peu de danger qu'entraîne cette opération, les chirurgiens abordaient plus hativement l'intervention opératoire. On aurait alors affaire à des malades dont les forces ne seraient pas épuisées ni les organes dégénérés par une longue suppuration.

Quelle doit être l'étendue des fragments osseux à réséquer, dit Saltzmann (p. 685) ? Supposons que les dimensions de la cavité soient très

exactement supputées par une exploration directe, et nous pourrons imaginer la possibilité de définir par un calcul mathématique dans quelle étendue la paroi osseuse doit être enlevée pour permettre un affaissement correspondant à la rétraction du poumon. Ce calcul a été essayé par Homen, mais sa valeur pratique est bien douteuse, premièrement parce que l'évaluation exacte de la surface sphéroïde du poumon rétracté n'est possible que dans des cas exceptionnels, et secondement parce que les forces vitales qui contribuent à la guérison sont absolument incalculables. La seule réponse à faire est : Enlevez de grands morceaux, un centimètre de plus ne peut nuire, tandis qu'un seul de moins peut provoquer de sérieux obstacles à une guérison durable.

Parmi les contre-indications il faut mettre l'état d'extrême rétraction du poumon ne permettant plus d'espérer son amélioration, étant par conséquent un obstacle absolu à l'occlusion complète de la cavité suppurante, d'autant qu'il commande une opération très large, et par conséquent fort grave sur des sujets affaiblis. Malheureusement nous manquons de signes précis pour poser à cet égard un diagnostic suffisamment exact. L'injection d'eau dans la cavité (Périer) demande des manœuvres que le malade ne supporte pas toujours très bien. Bouilly conseille l'exploration à l'aide d'une grosse sonde métallique que l'on recourbe et que l'on fait rayonner autour de la fistule en marquant exactement au dehors sur la paroi le point présumé du cul-de-sac où elle s'arrête. Ehrmann relève comme très importante la sonorité étendue et à timbre creux constatée sous la clavicule, à la fois dans l'aisselle et dans la région externe de l'omoplate. Ce symptôme, quand il existe, ne peut être que l'indice d'un grand espace libre, son absence par contre ne saurait être pour la cavité une preuve de dimensions restreintes.

Enfin il est une contre-indication inverse tirée de la *faible étendue du foyer*. Estländer n'a proposé son opération que pour les cavités suppurantes situées dans la poitrine et non pour de simples fistules.

Comme *effets ultimes* il faut noter la rétraction de la paroi, l'aplatissement latéral du thorax, enfin l'incurvation de la colonne vertébrale. Dans un cas de Périer, l'incurvation était telle que le malade en éprouvait une certaine gêne pour s'asseoir. Sur l'un des deux malades de Berger un phénomène singulier s'est produit au point de vue des dimensions de la poitrine : immédiatement après la guérison, la rétraction thoracique était de 7 centimètres, tandis que 3 mois après, il n'y avait plus que 2 à 3 centimètres de retrécissement de la poitrine, le poumon d'un côté avait repris une grande ampliation. JULLIEN.

I. — Note sur un cas de pleurésie purulente guérie en trois semaines, par DEBOVE (*Union méd.*, 28 *octobre* 1883).

II. — De la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, par HACHE (*Revue de chirurgie*, *n°* 1, 1883).

III. — Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente, par A. GUINARD (*Thèse de Paris*, 1884).

IV. — Pleurésie purulente. Empyème pulsatile total. Fistule pleurale consécutive. Opération d'Estländer. Guérison, par FÉRÉOL (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, *tome XIII*, *n°* 7).

V. — Beiträge zur Behandlung der Pleurahöhlenaffectionen mittelst Rippenresektion (Contributions au traitement des affections de la plèvre par la résection des côtes), par A. von PUKY (*Archiv für klinische Chirurgie, t. XXX, p.* 17, 1884).

VI. — Die Behandlung des Empyems der Pleura, par L.-G. COURVOISIER (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er *et* 15 *février* 1883).

VII. — Eine modification der Schede'schen Empyem. Operation, par O. SPRENGEL (*Arch. f. klin. Chir., t. XXX, p.* 619, 1884).

I. — C... est pris, le 15 mai, d'une pleuro-pneumonie. Les signes de la pneumonie disparaissent à la fin du mois, mais la fièvre persiste avec exacerbations vespérales, la pleurésie va augmentant et un œdème se montre envahissant le tronc, les bras et la face; la pectoriloquie aphone est conservée.

Le 7 juin, thoracentèse amenant l'issue d'un litre de pus. Bientôt la fièvre revient plus intense; le 16 juin, empyème, issue de 4 litres de pus. On pratique des injections phéniquées aussi rarement que possible.

Le 7 juillet, on retire le drain ; il ne reste plus qu'une petite plaie bourgeonnante. H. L.

II. — Après une rapide revue historique qui démontre que tout d'abord l'on s'est préoccupé de désinfecter la cavité pleurale au moyen d'injections fréquentes, mais que, depuis quelques années, l'on a abandonné cette méthode à l'étranger, pour n'avoir recours qu'à un seul lavage, en ayant soin de s'entourer, pendant l'opération, des précautions antiseptiques les plus minutieuses, l'auteur passe rapidement en revue les indications de la pleurotomie et les divers modes de traitement de l'empyème.

La ponction simple par le procédé de Reybard, aujourd'hui abandonné, n'est citée que pour mémoire; quant à la ponction aspiratrice, elle est utile comme moyen de diagnostic et à ce point de vue doit être de préférence pratiquée avec la seringue de Pravaz. Mais comme méthode curative elle est souvent insuffisante. A ces procédés, destinés à éviter la pleurotomie, on peut encore ajouter l'emploi du siphon pleural ou du drainage de la plèvre, qui, d'après l'auteur, ne trouveraient d'application que dans certains cas exceptionnels.

Rappelant ensuite, en s'appuyant sur les travaux de MM. Moutard-Martin, Peyrot, Homolle et Robert, que la pleurotomie faite d'une façon antiseptique incomplète (la multiplicité des lavages en étant la cause) a cependant produit de bien meilleurs résultats, M. Hache donne une longue description des procédés mis en usage par Wagner, König et Goschel, et des résultats qu'ils ont obtenus, et pose ainsi le résumé du traitement antiseptique de l'empyème :

1° L'opération et les pansements doivent être faits avec les précautions antiseptiques rigoureuses ;

2° L'incision doit être faite dès que le diagnostic d'empyème est posé; elle doit être large et permettre l'évacuation absolue et permanente des sécrétions pleurales;

3° Il faut faire un seul lavage désinfectant de la plèvre, à moins de circonstances exceptionnelles, et fixer solidement un gros drain qu'on retirera quand la sécrétion sera presque nulle depuis plusieurs jours. En un mot, l'empyème est un abcès et doit être traité comme tel.

Après quelques pages sur le traitement de l'empyème chronique, et sur les accidents de la pleurotomie, au moment et après l'opération,

M. Hache constate, sous forme de conclusions, que cette opération pratiquée antiseptiquement, avec un seul lavage, rend la guérison plus rapide et plus certaine que par toute autre méthode. OZENNE.

III. — L'auteur est partisan convaincu de la pleurotomie immédiate, pratiquée avec toutes les ressources de la méthode antiseptique. Aussi en présence d'un malade atteint de pleurésie purulente conseille-t-il de pratiquer la pleurotomie largement, aussitôt que la présence du pus est reconnue; d'observer rigoureusement les précautions antiseptiques pendant l'opération et de laver à grande eau (liquide quelconque désinfecté) la cavité pleurale. Lorsque le liquide ressort bien clair, on fera une injection avec une solution de chlorure de zinc ou de sublimé, plus ou moins forte suivant l'état de la plèvre. On prendra autant de souci des pansements ultérieurs que de celui du jour de l'opération.

Si, enfin, malgré toutes ces précautions, au bout d'une huitaine de jours, la sécrétion pleurale restait franchement purulente, ne pas hésiter à faire de nouveaux lavages.

En somme, on le voit, la ligne de conduite tracée par M. Guinard est celle indiquée par Wagner, König et Goschel, avec cette différence, cependant, que tandis que ces auteurs ne pratiquent qu'un seul lavage de la plèvre, notre collègue recommande de pratiquer un second lavage de la plèvre si, au bout de sept jours, la sécrétion purulente est plus ou moins fétide, et de répéter les pansements d'abord tous les jours, puis tous les deux ou trois jours après l'opération en s'entourant chaque fois de précautions antiseptiques rigoureuses. C. GIRAUDEAU.

IV. — Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, qui fut ponctionné en juillet 1882 pour une pleurésie gauche. Trois mois et demi après, il entrait dans le service de M. Féréol avec tous les signes d'un vaste épanchement à gauche.

Le malade se refusa énergiquement à toute ponction, et on dut se borner à le tenir en observation. Dès les premiers jours, on constata des signes d'épanchement gazeux qui variaient dans leur siège.

Le malade se décida enfin à la ponction, qui donna issue à deux litres et demi de pus. Pendant 15 jours, l'amélioration fut manisfeste, mais à partir du 17 décembre, tous les signes reparurent, même les pulsations thoraciques. Le 26, M. Berger fit l'empyème. A la suite de cette opération, l'état général s'améliora au point d'exclure définitivement toute idée de tuberculose. Mais l'écoulement ne se tarissait pas, et le 25 août M. Berger se décida à pratiquer l'opération d'Estländer. La résection porta sur les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Un mois après, il ne restait plus qu'un trajet fistuleux de 6 centimètres. Au mois de janvier suivant la guérison était complète. Il n'y avait plus le moindre suintement, et la cicatrice faisait corps avec les côtes intéressées. Le cœur battait sous le mamelon gauche et la respiration s'entendait dans toute la hauteur du poumon. L'état général était excellent, et l'embonpoint marqué.

G. DECAISNE.

V. — L'auteur publie 5 observations intéressantes d'empyème avec thoracocission (c'est ainsi qu'il désigne la résection de petits fragments de côtes) ou thoracoplastie (opération d'Estländer); voici ces 5 faits :

1° Homme de 24 ans : pleurésie purulente à gauche; thoracocission (résection de 1 cent. 1/2 de la 6e côte); drainage et lavages antiseptiques; persistance de la suppuration par défaut d'oblitération de la cavité; mort 7 mois après d'épuisement;

5° Homme de 36 ans, phtisique; pyopneumothorax à droite. Thoracoplastie. Résection partielle des 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Guérison avec persistance

d'une fistule. Amélioration considérable de l'état général (le malade a gagné 22 kilogrammes en une année);

3° Homme de 22 ans; pleurésie purulente à droite consécutive à une fièvre typhoïde. Thoracoplastie. Résection des 6e et 7e côtes. Guérison complète en 2 mois;

4° Femme de 34 ans, phtisique. Pyopneumothorax à droite. Résection des 7e et 8e côtes. Guérison parfaite en 2 mois. La malade a gagné 11 kilogrammes du 8 février au 24 avril;

5° Femme de 25 ans, phtisique avancée. Pyopneumothorax à gauche. Résection de 4 centimètres de la 6e côte; mort 15 jours après de phtisie.

L'auteur conclut, assez légèrement, que la thoracocission avec résection costale est indiquée dans les pleurésies purulentes de cause pathologique ou traumatique, dans les pyopneumothorax d'origine tuberculeuse et dans les opérations de kystes hydatiques du poumon ou du foie. La thoracoplastie est indiquée dans les suppurations chroniques de la plèvre avec épaississement de ses parois et dans l'extirpation des néoplasmes de la paroi thoracique.

VI. — Courvoisier a pratiqué 7 fois la thoracotomie avec résection simple ou multiple des côtes chez des malades atteints d'épanchement pleural purulent. Ces opérations ont été faites sur 5 individus, car l'un d'eux a été l'objet de 3 résections consécutives.

1er *cas*. — Homme débile de 44 ans. Empyème gauche datant de 2 mois et consécutif à une pneumonie. Guérison parfaite en 9 semaines à la suite d'une thoracotomie avec résection simple de côte.

2e *cas*. — Femme de 42 ans. Empyème droit existant depuis plus d'un an et ouvert spontanément au-dessous du sein droit, depuis 10 mois. Même opération que chez le précédent.

Les poumons, le diaphragme et la paroi costale sont recouverts de villosités fibrineuses que Courvoisier croit devoir enlever partie avec les doigts, partie avec des pinces, après avoir agrandi l'incision des parties molles et pratiqué l'acupressure des artères intercostales au niveau de la brèche osseuse. Il retire ainsi 95 grammes de masses fibrineuses. Guérison parfaite en 5 semaines.

3e *cas*. — Homme de 26 ans; empyème primitif datant de 6 mois. Même opération que chez les deux précédents, mais au bout de 5 semaines le malade exige sa sortie. La capacité de l'excavation purulente était alors réduite de 3,500 à 650 centimètres cubes. Cet homme succomba épuisé par la suppuration 2 mois plus tard.

4e *cas*. — Homme de 67 ans, phtisique et très affaibli par un pyopneumothorax colossal datant de 10 semaines, Corvoisier lui résèque 3 côtes d'après la méthode d'Estländer et de Schede.

L'opéré mourut d'épuisement au bout de 4 semaines.

5e 6e et 7e *cas*. — Homme de 25 ans ayant un empyème ancien. C'est l'observation de cet homme qui porte l'auteur à déconseiller la résection sous-périostée, bien qu'elle semble plus rationnelle. Pour lui, il en est arrivé à ne conserver du périoste qu'une étroite bande au niveau des vaisseaux et nerfs intercostaux.

A la suite de la première opération qui avait consisté en une résection costale sous-périostée simple, il était resté à ce malade une fistule thoracique pour laquelle Courvoisier dut faire une résection plus étendue. Mais il éprouva alors des difficultés excessives tenant au développement d'ostéophytes périostiques. Ces ostéophytes avaient non seulement à peu près comblé la lacune produite par la résection, mais encore avaient jeté des ponts de plusieurs centimètres d'épaisseur sur les deux côtes voisines. Malgré cette seconde

opération qui avait porté sur 3 côtes et avait enlevé tout le périoste accessible, l'orifice osseux se recouvre de nouveau par du tissu osseux développé aux dépens des quelques restes du périoste. 6 mois plus tard Courvoisier dut intervenir une troisième fois, en réséquant de 6 à 8 centimetres des 3 côtes et en enlevant tous les ostéophytes. Cette fois-ci, toute la paroi externe de la cavité abcédée est enlevée, mais la dernière opération est encore toute récente.

Pour les lavages consécutifs, Courvoisier se sert volontiers de solutions boriquées à 5 0/0 ou 10 0/0. Leur grande densité offre l'avantage de faciliter l'expulsion du pus plus que les solutions de chlorure de zinc auxquelles l'auteur a également recours.

Voici les conclusions du travail de Courvoisier :

1° Les empyèmes, comme tous les autres abcès, doivent être ouverts le plus tôt possible;

2° La ponction aspiratrice avec lavages consécutifs, est tout au plus suffisante dans les cas récents. Dans les cas plus anciens, la ponction n'est admissible que comme moyen diagnostique ou remède palliatif;

3° L'incision intercostale simple est elle-même à peine suffisante pour les émpyèmes récents, non compliqués et paraissant devoir guérir rapidement;

4° La résection d'une ou deux côtes est indiquée dans tous les empyèmes compliqués et d'une façon plus générale dans tous ceux qu'on prévoit ne devoir guérir que lentement. Il serait d'ailleurs préférable de la substituer dans tous les cas à l'incision intercostale simple ;

5° La résection de côtes multiples ou thoracoplastie d'Estländer et de Schede doit être entreprise dans les empyèmes invétérés et à parois rigides. Il ne faut pas la faire sous-périostée. J. B.

VII. — L'opération de Schede consiste à réséquer dans les empyèmes chroniques une large étendue de la paroi thoracique, de façon à transformer la cavité suppurante en une plaie à ciel ouvert, mais Schede utilise en outre le lambeau cutané de la résection en l'introduisant dans la plaie et en l'appliquant directement sur la plèvre pulmonaire. Ce procédé de thoracoplastie a donné 5 succès sur 7 cas. Sprengel, chez un enfant atteint de fistule pleurale ancienne avec rétention du pus dans la plèvre, l'a modifié de la façon suivante : Après avoir fait la résection sous-périostée des 6e, 7e et 8e côtes et s'être convaincu que l'opération d'Estländer, était, en raison de l'épaisseur de la plèvre, insuffisante, il réséqua ce qui restait des 6e et 8e côtes dans une étendue de 14 centimètres et fendit, parallèlement à ces côtes, la plèvre dans une étendue de 20 centimètres; il obtint de la sorte une plaie largement béante qu'il put à son aise largement curer et gratter dans tous les coins; tamponnement à la gaze sublimée. Guérison complète en 3 mois.

Ce procédé diffère, comme on le voit, de l'opération de Schede : 1° en ce qu'on ne résèque pas la totalité de la paroi antérieure de la cavité purulente, mais qu'on fend simplement la plèvre en n'enlevant que l'étendue de côtes nécessaires pour pouvoir faire le curage et le tamponnement de la plèvre; 2° en ce qu'on n'introduit pas de lambeau cutané dans la plaie et que la cicatrisation est confiée tout entière au travail des bourgeons charnus. Sprengel croit ce procédé appelé à remplacer dans beaucoup de cas celui de Schede. DE SANTI.

I. — Two cases of bronchocele successfully treated by the seton, par Henry SMITH (*The Lancet*, 5 *janvier* 1884).

II. — Ueber die Extirpation der Kropfcysten, par H. BURCKHARDT (*Centralbl. f. Chir.*, *n.* 43, *p.* 714, 1884).

III. — Zur Cachexia strumipriva, par BAUMGÄRTNER (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXXI*, *p.* 119).

IV. — Ueber den gegenwärtigen Stand der Kropfbehandlung, par P. BRUNS (*Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann*, *n°* 76).

V. — Un cas de thyroïdite caséeuse affectant la forme du goitre suffocant, par BARTH (*France médicale*, 12 *avril* 1884).

I. — 1° Un policeman, âgé de 43 ans, fut reçu en mai 1881, à King's College Hospital, pour un goitre dont le début datait de treize ans, mais qui depuis quelques mois avait pris un grand développement. Au moment de l'entrée, la tumeur très volumineuse limitée au lobe droit, repoussait fortement le larynx à gauche et déterminait une dyspnée notable; la circonférence du cou atteignait 47 centimètres. Le malade ne voulant pas consentir à l'ablation de son goitre, on se contenta de pratiquer une ponction, qui donna issue à une grande quantité de sang, et de passer à travers la tumeur un séton filiforme; une inflammation notable en résulta, et pendant plusieurs semaines le trajet fistuleux suppura abondamment : le malade eut de la fièvre et il fallut remplacer le séton par un tube à drainage. Mais en même temps la tumeur diminuait rapidement de volume et au bout de deux mois elle était réduite à un très léger épaississement; la dyspnée avait disparu, la circonférence du cou n'était plus que de 38 centimètres et la santé générale s'était entièrement rétablie.

2° Une femme de 68 ans, malingre, fut amenée à l'hôpital avec un goitre datant de seize ans, très volumineux, comprenant la totalité du corps thyroïde et déterminant une dyspnée qui rendait le décubitus impossible. L'application du séton filiforme détermina peu de réaction inflammatoire, mais provoque comme dans le premier cas une suppuration abondante ; le volume de la tumeur diminua rapidement, la dyspnée et la gêne circulatoire disparurent et au bout de trois mois et demi il ne restait presque aucune trace de goitre.

H. BARTH.

II. — Les insuccès de la ponction et de l'incision dans le traitement des kystes du corps thyroïde ont décidé l'auteur à recourir à l'énucléation ; cette opération, méthodiquement conduite, n'offre pas grandes difficultés, n'est pas plus dangereuse que l'incision et amène rapidement la guérison. Burckhardt l'a pratiquée dix-sept fois, toujours avec succès; il s'agissait toujours de kystes solitaires du corps thyroïde développés dans une glande saine, peu hypertrophiée ou n'offrant que quelques petits noyaux indurés ou calcifiés au voisinage du kyste; cependant dans un cas il y avait deux kystes, un dans chaque lobe. Dans deux cas seulement la paroi interne du kyste fut trouvée lisse, comme un sac d'hydrocèle, dans tous les autres cas elle était irrégulière et calcifiée. Il n'y eut jamais de récidive locale ni dans les autres parties de la glande.

Au point de vue anatomique, tous les kystes sont sous-capsulaires, mais ils sont séparés de la capsule du corps thyroïde par une épaisseur plus ou moins grande de tissu glandulaire; quelques-uns sont tellement superficiels qu'ils finissent par se pédiculiser et qu'on les enlève avec la capsule après avoir lié le pédicule : la plupart plongent plus ou moins profondément dans le tissu glandulaire; quelques-uns s'y trouvent noyés

sans aucun contact avec la capsule. L'adhérence de leur paroi avec la capsule est assez faible, mais assez intime au contraire avec le tissu glandulaire : détail important à noter, les vaisseaux pénètrent dans la paroi kystique perpendiculairement à cette paroi.

La marche de l'opération est la suivante : incision cutanée sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ou incision médiane suivant la position du kyste, incision de la capsule dans les deux tiers supérieurs du kyste, double ligature des vaisseaux, puis division couche par couche du tissu glandulaire jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi blanche du kyste; on n'a alors qu'à décoller la paroi avec une curette ou une sonde cannelée, prolongeant, si besoin est, l'incision capsulaire. Grâce à la couleur et à l'épaisseur de la paroi, ce travail est relativement facile ; si on ne s'égare pas dans le tissu glandulaire il y a peu d'hémorragie. Si on crève la poche, le mieux est alors de la fendre en deux. Drainage et suture.

Des 17 opérés, 15 étaient des femmes dont 13 célibataires.

III. — Quelques semaines après le congrès de chirurgie de 1883, dans lequel Kocher avait fait sa communication sur la cachexie strumiprive, l'auteur, qui avait déjà fait, en l'espace de 2 ans, 19 extirpations de goitre, vit deux malades lui refuser l'opération parce qu'ils préféraient, disaient-ils, conserver leur goitre avec ses inconvénients que devenir crétins. En conséquence Baumgärtner a fait des recherches sur le sort de ses opérés antérieurs. Sur 19, 3 avaient succombé aux suites de l'opération, 16 avaient guéri ; les opérations se répartissaient de la sorte :

Extirpations partielles : 5 avec 5 guérisons.
Extirpations totales : 14 avec 11 guérisons.

Tous les opérés d'extirpation partielle se portent parfaitement; sur les 11 opérés d'extirpation totale, 4 ont plus ou moins présenté les symptômes que Kocher a assignés à la cachexie strumiprive.

Deux de ces patients ont été pris, au bout de quelques mois, d'une parésie progressive des dilatateurs de la glotte avec conservation de la fonction des constricteurs, puis d'un rétrécissement graduel et enfin d'une occlusion de la glotte. Dans cet état, le premier malade, une fille de 15 ans, présentait d'une façon surprenante l'aspect de la cachexie strumiprive; le second malade, une femme de 56 ans, rappelait un peu cet aspect. La trachéotomie une fois faite, ces symptômes diminuèrent de plus en plus.

La troisième opérée, une femme de 23 ans, présenta également au bout d'un an des symptômes de cachexie. Ce fut d'abord une parésie des adducteurs de la glotte, de telle sorte que la glotte demeurait ouverte ; au bout de deux mois d'électrisation faradique les adducteurs reprirent entièrement leurs fonctions, mais il se développa graduellement une parésie du muscle crico-arythénoïdien postérieur gauche avec persistance d'un certain degré de dilatation de la glotte.

Enfin le quatrième fait concerne une fille de 22 ans qui n'a présenté que des symptômes légers et passagers de cachexie; chez elle aussi il y eut un peu de paresse des dilatateurs de la glotte, paresse qui disparut par la faradisation.

Aucun des autres opérés ne présente de phénomènes qui puissent faire redouter un commencement de cachexie strumiprive. L'auteur pense que

ces troubles dans le territoire du récurrent ne résultent pas d'une blessure de ce nerf, mais bien de la rétraction progressive du tissu cicatriciel. Le récurrent peut être pris d'emblée, mais il peut aussi être affecté secondairement, les filets du sympathique se prenant les premiers et transmettant alors l'altération au récurrent par l'intermédiaire du ganglion cervical supérieur.

Ces faits ont démontré à l'auteur que les troubles généraux signalés par Kocher sont sous la dépendance d'un rétrécissement paralytique des voies aériennes. Kocher, du reste, en avait admis la possibilité et il l'attribuait à l'atrophie de la trachée consécutive à la ligature des vaisseaux thyroïdiens. Baumgärtner n'a pas observé cette atrophie ; il est vrai qu'il ne liait pas l'artère thyroïdienne inférieure loin du goitre, comme le conseille Kocher, mais bien à son entrée dans le goitre, de telle sorte qu'il conservait les branches artérielles qui se rendent à la trachée, au larynx et à l'œsophage. Cette conduite est à imiter, d'autant plus qu'en se tenant sur le goitre l'opérateur évitera toujours la blessure du récurrent pendant la ligature de la thyroïdienne et, si cet accident arrivait, il est peu probable qu'il en résulterait des troubles généraux. Du reste il est aussi important de conserver les vaisseaux de la trachée que de ne pas blesser le récurrent, et l'auteur conclut que ce n'est qu'en se tenant constamment sur le goitre, qu'en liant et en coupant les vaisseaux à leur entrée dans le goitre, qu'on pourra éviter le développement ultérieur de la cachexie strumiprive.

IV. — Remarquable étude sur l'état actuel de la question thérapeutique du goitre, dans laquelle l'auteur, partant du mémoire de Rose, discute et repousse la théorie du ramollissement de la trachée; son assistant, le Dr Müller, a fait l'examen histologique de 21 trachées comprimées provenant de la clinique de Tubingen, et n'a jamais pu constater la moindre réduction du diamètre ni la moindre dégénérescence des anneaux cartilagineux de la trachée ; en conséquence il repousse la théorie de l'aplatissement de la trachée par la pression atmosphérique comme cause de mort subite et la trachéotomie préventive.

Le traitement iodé donne de bons résultats chez les individus jeunes et dans les goitres hyperplastiques simples au début; il est incertain dans les goitres colloïdes et absolument inefficace dans les goitres fibreux ou calcifiés. D'une façon générale on n'a rien à attendre de l'iode quand, au bout de quelque temps de son emploi, on n'observe pas de diminution manifeste du goitre.

Les injections parenchymateuses d'iode agissent de même, mais sont beaucoup plus dangereuses parce qu'elles peuvent déterminer non seulement la suppuration du goitre, mais encore des morts subites par embolie ou par paralysie du pneumo-gastrique et des récurrents. En conséquence le seul traitement du goitre est l'extirpation.

En ce qui concerne les kystes du corps thyroïde, la ponction, suivie d'injection iodée, si vantée par Kocher, a donné 29 succès sur 35 cas à Billroth et 45 guérisons, plus 11 améliorations, sur 74 cas à Wörner, soit 75 0/0 de guérisons, et cependant il y avait des kystes qui renfermaient jusqu'à 800 grammes de liquide et avaient le volume d'une tête d'adulte ! Mais l'opération n'est pas sans danger; Bruns a eu deux cas d'asphyxie subite par paralysie des récurrents à la suite d'une injection

et, malgré la trachéotomie immédiate, a perdu l'une de ses opérées.—Il ne faudrait jamais recourir à cette méthode quand il existe déjà un trouble quelconque de l'innervation du larynx.

La statistique démontre que la mortalité de la thyroïdectomie décroît tous les jours. A Tubingen, où l'opération a été pratiquée plus de 50 fois, les 34 dernières extirpations de goitres non cancéreux n'ont donné que 2 morts, soit 5, 8 0/0 de mortalité. C'est donc une opération *presque inoffensive* (nahezn ungefahrliche), mais il n'en est pas de même de ses conséquences sur l'état général des opérés.

Bruns fait une étude très complète de la cachexie strumiprive dont Kocher, Reverdin, Baumgärtner et Julliard ont observé 32 cas. Il a lui-même entrepris une enquête sur les opérés de Tubingen et a pu constater que tous ceux qui n'avaient subi qu'une extirpation partielle, même 20 ans auparavant, étaient dans un excellent état, que même la trachée de ceux qui avaient été opérés pour menace d'asphyxie, s'était notablement dilatée. En revanche des trois opérés d'extirpation totale qu'il a pu retrouver, l'un, une femme de 26 ans opérée depuis 4 mois, ne présente encore rien, — le second, un jeune homme de 24 ans opéré depuis 6 mois, commence à se crétiniser, si bien que son patron a dû le renvoyer de son atelier, — le troisième, une femme de 26 ans opérée depuis 3 ans, est à peu près idiote et présente au plus haut degré les caractères de la cachexie strumiprive.

Bruns mentionne encore une très remarquable observation de Grundler, son élève, dans laquelle un homme de 28 ans auquel P. Sick avait enlevé, 18 ans auparavant, la totalité de son corps thyroïde, était non seulement devenu complètement crétin, mais encore avait été brusquement arrêté dans son développement, de telle sorte que, sauf la tête, il n'avait que la taille d'un enfant de 10 ans. Cet enfant était très intelligent et bien conformé avant l'opération ; les premiers troubles se manifestèrent au bout de six mois; aujourd'hui, bien qu'il ne soit nullement paralysé, il est incapable de faire 50 pas. — En conséquence la maladie de Kocher est « une cachexie progressive grave, revêtant les caractères de l'état crétinoïde, boufflissure avec caractéristique de la face, altération de la peau, faiblesse et difficulté des mouvements malgré la conservation de la puissance musculaire et enfin affaiblissement intellectuel. »

Ces phénomènes sont identiques au myxœdème et, avec Schiff, Zesas et J. Wagner, l'auteur les considère comme la conséquence d'altérations nutritives du système nerveux central sous la dépendance de la suppression du corps thyroïde. Il conclut qu'au point de vue pratique l'extirpation partielle du goitre doit être de plus en plus préconisée; l'opération ne doit être entreprise que lorsqu'on s'est préalablement assuré qu'il est possible de conserver une partie de la glande. Enfin « pour quiconque a eu sous les yeux un exemple vivant de cachexie strumiprive, il est indiscutable que l'extirpation totale du corps thyroïde doive être complètement rayée du cadre des opérations physiologiquement permises. »

DE SANTI.

V. — Il s'agit d'une femme de 22 ans ayant de la gêne respiratoire produite par une tumeur thyroïdienne. Au moindre effort survenaient des accès de suffocation avec congestion de la face.

La tumeur du cou, de forme arrondie et du volume d'une pomme d'api,

était dure et immobile. Elle se prolongeait en bas sous le bord du sternum, latéralement vers les régions sterno-mastoïdiennes, en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'os hyoïde. Elle occupait donc toute la région thyroïdienne et paraissait étreindre fortement le canal aérien dont il était impossible de reconnaître la situation par le palper. Des deux côtés les muscles sterno-mastoïdiens étaient soulevés par une chaîne ganglionnaire formée de glandes dures, lardacées, adhérant les unes aux autres et se continuant sans ligne de démarcation avec la tumeur thyroïdienne.

La mort survint par syncope à la suite d'un accès de dyspnée plus prolongé que de coutume. La situation de la tumeur, sa forme et ses prolongements avaient fait renoncer à l'idée de tenter la trachéotomie.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur thyroïdienne aplatissait complètement le calibre de la trachée. A la coupe, elle paraissait formée d'un tissu squirrheux, grisâtre, ne donnant pas de suc par le grattage. Dans son épaisseur on trouvait plusieurs petites cavités irrégulières pleines d'une pulpe blanchâtre ramollie. Elle représentait en somme le lobe moyen dégénéré du corps thyroïde et se continuait sans ligne de démarcation appréciable avec les lobes latéraux qui paraissaient sains.

Larynx normal. A un centimètre au-dessous du cartilage cricoïde, aplatissement et inflexion de la trachée, qui se dilate plus bas. Vers la partie la plus inferieure de la région rétrécie, on remarque en avant et à droite deux petites ulcérations grandes comme des lentilles, répondant assez exactement à la partie dégénérée du corps thyroïde. Des deux côtés de la tumeur partent des masses ganglionnaires qui remontent jusqu'à l'angle de la mâchoire et offrent une consistance lardacée, fibroïde. Rien d'appréciable dans les autres viscères.

A l'examen histologique, on ne trouve que les lésions d'une inflammation fibro-caséeuse à forme diffuse, très analogue à certaines gommes syphilitiques. La recherche du bacille tuberculeux n'a donné que des résultats négatifs.

GASTON DECAISNE.

Ueber die Behandlung von parenchymatösen Kröpfen, par Moritz SCHMIDT (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 8, 1884).

Le traitement du goitre par les injections iodées a été pratiqué un grand nombre de fois par l'auteur sans incident fâcheux. Mais il ne faut pas ignorer les dangers auxquels il expose les malades :

Un des opérés de l'auteur éprouvait après chaque injection une dyspnée fort pénible.

Un autre sujet, jeune fille de 13 ans, ayant un goitre volumineux, subit une injection de 12 gouttes de teinture d'iode. Immédiatement elle éprouve une violente dyspnée, avec cornage ; au bout de 10 minutes, asphyxie, refroidissement des extrémités, puis la respiration s'arrête. L'auteur pratique rapidement, malgré les difficultés opératoires, la trachéotomie, et grâce à la respiration artificielle, la jeune fille est sauvée. Lavage de la plaie à l'acide phénique. On prend toutes les précautions désirables ; on nettoie fréquemment la canule. Le 4e jour mort subite. L'autopsie montre que le corps thyroïde a des prolongements autour de la trachée et de l'œsophage ; le nerf récurrent droit est atrophié. La trachée est déformée par la compression qu'exerce la tumeur. Celle-ci n'a conservé aucune trace de l'injection iodée. Le cœur droit a des parois minces et graisseuses : c'est ce qui peut expliquer la mort subite.

Ces deux accidents et la connaissance de ceux qu'ont observés Schwalbe, Demme, Rose et quelques autres médecins ont décidé l'auteur à renoncer aux injections iodées. Il emploie la réfrigération au moyen

de l'appareil tubulaire de Leiter, combinée avec l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

Quand la dyspnée est menaçante, les tubes réfrigérants sont appliqués sans interruption jour et nuit, pendant une certaine période. Dans les cas légers, on les applique quelques heures seulement matin et soir. Il n'est pas nécessaire d'y mettre de l'eau glacée; en général l'eau de source produit un effet suffisant.

Ce traitement a donné, dans six cas, des résultats satisfaisants.

L. GALLIARD.

Kyste hydatique de la région parotidienne droite, par VIEUSSE (*Bulletin Soc. Chir., p.* 158, 1884).

Chez un Arabe, une tumeur fluctuante, non bosselée de la région parotidienne, fut soumise à la ponction et donna issue à un liquide filant. On diagnostiqua un myxome et l'ablation totale de la glande fut pratiquée avec section de la carotide externe et de la jugulaire interne. Au cours de l'acte chirurgical, on reconnut une vaste poche à contenu purulent, à parois lisses, offrant le volume d'un œuf. Il s'agissait d'un kyste hydatique. Une pareille erreur ne paraît guère évitable, car en dehors de l'examen microscopique du liquide obtenu par la ponction, aucun signe clinique ne peut mettre sur la voie du diagnostic juste. Quoi qu'il en soit le malade guérit bien de cette opération.

L. JULLIEN.

Nouveau mode de traitement des fistules parotidiennes, injections graisseuses, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 14 *décembre* 1884).

L'auteur donne la relation d'un cas de fistule parotidienne survenue à la suite de l'ouverture d'un abcès consécutif à la rougeole et traitée sans succès par l'autoplastie. Le cathétérisme quotidien du canal de Sténon, avec lequel la fistule était en communication, amena la suppression presque totale de l'écoulement et le resserrement de la fistule. La fistule ne communiquait plus avec le canal, mais il persistait une fistule d'un conduit acinaire. M. Mollière eut alors l'idée d'employer un procédé de physiologiste et d'injecter dans la glande quelques grammes d'huile phéniquée. Le lendemain l'écoulement salivaire persistait. Sur ces entrefaites survint une scarlatine, qui interrompit le traitement. Quand la malade fut guérie, la fistule laissait encore couler la salive; une seconde injection amena une guérison définitive. A. C.

Note sur la pathogénie des kystes des mâchoires, par AGUILHON DE SARRAND (*Soc. de Biol.*, 5 *avril* 1884).

L'auteur rappelle qu'actuellement deux théories sont en présence pour expliquer la pathogénie des kystes des mâchoires. L'une (Verneuil, Malassez) attribue la formation de ces kystes à la présence de débris épithéliaux inclus dans le maxillaire et provenant du follicule dentaire; dans l'autre (Magitot), ce kyste dit périostique, est constitué aux dépens du périoste alvéolo-dentaire. Or, d'après M. Aguilhon de Sarrand, ce périoste n'existe pas; ce que l'on a décrit comme tel est du tissu fibreux analogue à celui de tous les ligaments n'offrant aucune analogie ni anatomique ni physiologique avec le périoste vrai.

Au point de vue physiologique ce tissu fixe la dent au maxillaire comme un simple ligament.

Quant à l'épithélium, qui tapisse la face interne du kyste, l'auteur le fait provenir de la tunique interne des nombreux vaisseaux qui se trouvent

au sommet des racines dentaires. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 7). M. Aguilhon a montré que la membrane alvéolo-dentaire était traversée par des artérioles desquelles partaient de nombreuses branches, qui se rendaient à la pulpe dentaire après avoir pénétré à travers le cément et l'ivoire. Or, la pulpe dentaire se mortifie, elle peut, dans certains cas, ne pas déterminer d'inflammation périphérique; mais alors elle agit comme corps étranger, ainsi que les vaisseaux qui s'y rendent; ils deviennent ainsi la cause de la production kystique, dont l'épithélium n'est autre que l'épithélium vasculaire.

Les kystes des maxillaires sont donc analogues aux autres kystes observés dans les différents tissus. OZENNE.

Caput obstipuum (Torticolis), par F. PETERSEN (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXX p.* 781, 1884).

On a admis depuis Stromeyer, sans preuves suffisantes, que le torticolis résultait d'une rupture suivie de rétraction cicatricielle d'un des sterno-cléido-mastoïdiens au moment de l'accouchement; c'est là l'opinion de tous les auteurs classiques, Dieffenbach, Bohn, Billroth, Hueter, Volkmann, etc. Or aucun des auteurs qui admettent cette théorie n'a pu en fournir la preuve anatomique. Petersen démontre, au contraire, que la rupture d'un muscle a pour résultat plutôt son allongement que sa rétraction et que le sterno-cléido-mastoïdien ne fait pas exception à cette règle générale.

Cependant il est certain que la plupart des enfants atteints de torticolis ont eu des hématomes traumatiques du sterno-cléido-mastoïdien correspondant; mais ces hématomes, au lieu d'être la cause du torticolis, en sont le résultat. C'est parce que le muscle est congénitalement trop court et trop mince qu'il se rompt facilement. Quant à la cause de la rétraction originelle du sterno-cléido-mastoïdien, l'auteur ne saurait l'indiquer.

Le traitement consiste en des manœuvres d'extension méthodique du muscle rétracté soit à l'aide des mains, soit à l'aide d'une planche à extension imaginée par Esmarch et perfectionnée par l'auteur. DE SANTI.

Du traitement des loupes par les injections d'éther, par LERMOYEZ (*Bull. gén. de thér.*, 30 *novembre* 1883).

L'auteur a imaginé de guérir les loupes en y injectant de l'éther et a obtenu ainsi de nombreux cas de guérison.

L'éther agit ici à la façon des caustiques, mais d'une manière bien plus douce, en enflammant le contenu du kyste et amenant la suppuration de la poche; peut-être aussi a-t-il une action dissolvante, ou tout au moins s'insinue-t-il aisément dans les différentes couches de la tunne : car outre les cellules épidermiques qui en forment la majeure partie, le contenu de la loupe renferme des matières grasses et des cristaux de cholestérine fort solubles dans l'éther.

La quantité à injecter change selon le volume de la tumeur : de 4 à 6 gouttes pour les loupes de la grosseur d'une noisette, jusqu'à 10 pour les plus volumineuses. Le nombre des injections est encore plus variable; en règle, on peut admettre qu'il faut s'arrêter dès que la poche suppure; ce chiffre est en général de 2 à 5. On fait ces injections par le

trou le plus dilaté des orifices glandulaires qui couvrent la tumeur.

Celle-ci au bout de quelque temps devient grosse et rouge, elle est le siège de battements légèrement pénibles. On perce alors sa base, et de la piqûre sort un pus séreux, puis la matière du kyste blanchâtre vermicellée et mêlée de lambeaux qui sont les détritus de la poche. Dans les jours suivants, le kyste suppure, puis guérit. BAZILE FÉRIS.

Ueber die Enstehung sekundären Krebsgeschwülste durch Impfung (De la greffe cancéreuse secondaire), par P. KRASKE (*Centralbl. f. Chir., n°* 48 p. 801, 1884).

Si jusqu'ici nous ne possédons pas de fait probant d'inoculation du cancer d'un individu à l'autre, les exemples d'auto-inoculation sur un individu déjà atteint d'une tumeur cancéreuse ne sont pas rares. Virchow, Lücke, Kauffmann et Klebs ont signalé ce mécanisme de généralisation et ont reproduit des observations remarquables à l'appui, telle cette malade de Kauffmann qui, atteinte d'un cancroïde du dos de la main droite, se serait inoculé la conjonctive droite en se frottant les paupières.

Kraske a observé deux faits analogues sur des malades atteintes de cancer du rectum.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'une tumeur ulcérée située très haut au-dessus de l'anus chez une femme de 52 ans ; pas de ganglions. Kraske, après avoir fait la rectotomie antérieure et postérieure et la résection du coccyx, peut atteindre la limite supérieure du néoplasme et l'enlever complètement en ouvrant un cul-de-sac recto-vaginal, mais en conservant la partie inférieure du rectum qui était saine. Le bout inférieur de l'intestin fut abaissé et suturé aux parois de la plaie de façon à obturer la plaie péritonéale. Pansement à la gaze iodoformée. Trois semaines après, on aperçoit sur la muqueuse de l'anus demeurée intacte, au niveau du sphincter, deux noyaux cancéreux du volume d'une lentille. Ces noyaux sont séparés par un intervalle de 10 centimètres de muqueuse saine de la partie du néoplasme extirpé ; on les enlève et on leur trouve la même structure que celle du néoplasme extirpé, à savoir celle de l'épithéliome à cellules cylindriques. La malade, revue 5 mois plus tard, n'avait pas encore de récidive.

Le second fait concerne une femme de 43 ans également atteinte d'un cancer ulcéré du rectum très haut placé avec intégrité apparente de l'anus et des ganglions. Cependant il existait, immédiatement au-dessus de l'anus, à la hauteur des colonnes de Morgagni, un noyau dur, isolé, séparé encore par 10 centimètres de muqueuse saine de la limite inférieure de la tumeur ulcérée.—Opération comme dans le cas précédent, mais avec extirpation simultanée du noyau Guérison. Le noyau inférieur était, comme. la tumeur ulcérée, un épithéliome cylindrique, et cependant il siégeait sur la portion du rectum qui est recouverte d'épithélium pavimenteux.

Il ne s'agit pas là évidemment du développement simultané de deux carcinomes primitifs d'une métastase par la voie sanguine ou lymphatique ni d'infection métastatique commencée puisqu'il n'y a pas eu de récidive. Kraske admet que des parcelles détachées de la tumeur rectale se sont greffées dans les plis et les valvules de la muqueuse anale et y ont d'autant mieux pris racine que cette région est ordinairement enflammée dans les cas de cancer et qu'elle a pu être excoriée par les explorations.

Cette hypothèse concorde du reste avec l'observation de Heuck qui a vu, dans la plupart des cas de cancer, la récidive post-opératoire commencer par la partie inférieure du rectum. Il est probable, dit Kraske,

qu'il existait dans ces cas des points d'inoculation antérieure qui sont passés inaperçus. La conséquence à en tirer est que, pour les cancers très haut situés, alors même que la partie inférieure du rectum est saine, il faut extirper la totalité de la paroi rectale, y compris l'anus, jusqu'à la limite supérieure de la tumeur. DE SANTI.

Eine neue Amputationsmethode im Mittelfuss (Une nouvelle méthode d'amputation du métatarse), par E. KÜSTER (*Arch. f. klin. Chir.* 1884, *t. XXXI, p.* 217, *et Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., XIII Kongress*).

Ce fait est destiné à montrer combien on peut aller loin dans la voie de la conservation quand il s'agit du pied. Il s'agit d'une petite fille de 4 ans qui, en novembre 1879, eut le pied écrasé par une charrette ; consécutivement il se fit une gangrène de toute la peau du métatarse et des orteils, sauf de la peau du gros orteil. L'amputation de Chopart n'eût pu, dans ce cas, fournir un lambeau suffisant au moignon; Küster se décida alors à amputer les quatre derniers orteils dans l'articulation de Lisfranc, mais à conserver le premier métatarsien avec son orteil. Comme il ne restait plus de peau pour recouvrir les surfaces d'amputation, la plaie dut guérir par suppuration Le résultat cependant est très beau. Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, la saillie du gros orteil préserve la cicatrice de toute violence, et l'opérée porte un soulier à matelassage spécial qui masque la difformité. A la vérité, le pied s'est moins développé que du côté opposé, mais néanmoins l'enfant fait sans boiter de longues courses, patine, danse et marche nu-pieds sur la tête de son unique métatarsien aussi sûrement que si elle avait encore tout son pied. DE SANTI.

De la conicité physiologique des moignons, par KIRMISSON (*Bulletin Soc. chir., p.* 521-543, 1884).

Une amputation pratiquée chez un enfant peut donner lieu, au bout de plusieurs années, à un accident des plus pénibles, quand l'accroissement de l'os distend l'enveloppe cutanée et détermine la production du moignon conique. Cet accident est à redouter lorsque l'extrémité fertile de l'os a été conservée, par exemple dans les amputations du bras et de la jambe. Plusieurs faits sont exposés dans ce mémoire.

Pour obvier à cet accident, Kirmisson conseille de tailler chez les enfants de très larges lambeaux et de tout faire pour obtenir la réunion immédiate. Tel est aussi l'avis du professeur Trélat, et de Polaillon qui exige surtout la suture profonde des extrémités musculaires au devant de l'os. Au contraire, Farabeuf est tenté d'incriminer la réunion primitive ; « la réunion de la peau ne s'accompagne pas en effet d'une réunion aussi solide des parties profondes, des muscles en particulier, aussi ceux-ci ayant leurs extrémités libres, se rétractent-ils peu à peu, laissant au bout du moignon une extrémité osseuse recouverte d'un manchon exclusivement cutané ou à peu près.

Pour Verneuil les moignons coniques s'observent, quelle qu'ait été la méthode employée, chez les cachectiques, à la suite de l'atrophie des parties molles ou bien encore chez les malades dont les moignons s'enflamment; le rôle des muscles est tout à fait accessoire. L. JULLIEN.

De l'extirpation de la rate, par CREDÉ (*Gazz. med. ital. Prov. Venete*, 12 *janvier* 1884).

Il s'agit d'un malade atteint d'une tumeur fluctuante ; on hésitait entre un

kyste de la rate et une hydronéphrose. Une ponction donna 30 onces d'un liquide jaune clair, avec des cristaux de cholestérine. L'extirpation fut alors décidée. Ligature avec le catgut et abandon du pédicule dans l'abdomen. Pas de drainage. Pansement antiseptique.

Le malade tomba, à la suite de l'opération, dans un état d'anémie profonde; deux mois après, la proportion des globules blancs du sang était de 1 contre 3 à 4 globules rouges. Le malade reprit cependant des forces et, au bout de quatre mois et demi, il quittait l'hôpital complètement guéri. A. C.

OPHTALMOLOGIE.

Recherches sur la perception différentielle des couleurs, par CHARPENTIER (*Arch. d'ophtalmologie, t. IV, n° 6, p.* 488).

D'après l'auteur les résultats de son travail peuvent se résumer ainsi :

1° La perception des différences de clarté, quelle que soit l'espèce de lumière employée, dépend de l'éclairage;

2° Pour toutes les couleurs comme pour la lumière blanche, la fraction différentielle paraît varier en raison inverse de la racine carrée de l'éclairage;

3° La comparaison de deux couleurs différentes, sous le rapport de la perception différentielle de ces couleurs, depend du terme de comparaison adopté;

4° Les couleurs peuvent se comparer à trois points de vue différents : l'intensité lumineuse, l'intensité chromatique, l'intensité visuelle;

5° A égale intensité lumineuse, les couleurs permettent une perception différentielle d'autant meilleure qu'elles sont moins réfrangibles;

6° A égale intensité lumineuse du fond, une couleur se distingue mieux d'un fond blanc que d'un fond de même couleur qu'elle, et se distingue encore mieux d'un fond de couleur complémentaire;

7° A égale intensité chromatique, la perception différentielle est la même pour les différentes couleurs simples;

8° A égale intensité visuelle du fond, la perception des différences de clarté ne dépend pas de la couleur ou de l'espèce de lumière expérimentée. A. TROUSSEAU.

Ein Fall von Sarkom der Thränendrüse (Sarcome de la glande lacrymale), par BOCK (*Wien. med. Presse, n.* 33, 1883).

Chez un homme de 51 ans, on constate à gauche une tumeur siégeant au-dessus du bord supérieur de l'orbite dans sa partie externe, refoulant les téguments en avant, mobile, envahissant la paupière supérieure et faisant une saillie légère sous la conjonctive. La sécrétion lacrymale est diminuée. Cette tumeur date d'un an et paraît développée aux dépens de la glande lacrymale.

L'auteur fait à la peau, parallèlement au sourcil, une incision de 3 centimètres qui atteint presque l'angle externe de l'œil. Il extirpe par fragments une tumeur lobulée jaunâtre, facilement énucléable, puis réunit la plaie par trois sutures et y place un drain. Suppuration abondante, et consécutivement

plusieurs abcès de la paupière supérieure avec propagation à l'orbite et refoulement du bulbe oculaire en dedans.

Au bout de six semaines, le malade est guéri. La cicatrice est à peine visible. Les fonctions de la paupière sont intactes.

C'était un sarcome à petites cellules. L. GALLIARD.

Fistule de la région lacrymale d'origine dentaire, par PARINAUD (*Bulletin de la soc. de Chirurgie, p.* 180, 1883).

Pour expliquer la propagation du processus suppuratif, né d'une périostite alvéolaire à la région lacrymale, fait bien établi depuis Velpeau, l'auteur invoque le cheminement du pus par les canalicules osseux. M. Desprès y voit, au contraire, une lymphangite suivant le trajet des vaisseaux faciaux. Ces deux opinions sont battues en brèche par Magitot, qui explique ces faits par l'ostéite propagée de l'alvéole à la région sous-orbitaire, et amenant en fin de compte la périostite phlegmoneuse qui aboutit à la fistule. Un argument formel contre la théorie de Després, consiste en effet dans l'absence de lymphatiques au sein du périoste alvéolaire.

Au résumé, si la périostite occupe une dent dont la totalité de la racine réponde à la cavité vestibulaire, l'abcès sera gingival, et la fistule s'ouvrira dans la bouche.

Si au contraire le point frappé de périostite se trouve à un niveau plus profond que la limite du sillon du vestibule, le trajet se dirigera vers le tissu cellulaire de la face et la fistule sera cutanée.

JULLIEN.

The relation of certain diseases of the eye to gout, par Jonathan HUTCHINSON (*Brit. med. journ., p.* 995, 22 *novembre* 1884).

Dans cette leçon intéressante, l'auteur fait remarquer qu'on peut être goutteux sans avoir nécessairement des dépôts uratiques, et que la majeure partie des goutteux héréditaires est dans ce cas. C'est donc la filiation des antécédents de famille ou personnels qui met sur la voie de la tendance constitutionnelle en face d'un accident viscéral ou d'une lésion oculaire.

En parlant de ces principes, l'auteur rattache à la goutte les états suivants de l'œil :

1° L' « œil chaud et irritable » habituellement, sans lésions définies, mais siège d'une sensation de picotement et de chaleur, et d'une susceptibilité insolite à la lumière. Il s'y produit fréquemment de petites fluxions congestives paroxystiques ;

2° Les dépôts calcaires qui se produisent transversalement sur la cornée (l'auteur n'admet leur nature goutteuse qu'avec réserve) ;

3° L'iritis arthritique à poussées récurrentes ; c'est une manifestation pour le moins aussi fréquente de la goutte que du rhumatisme. Par contre, il est une forme d'iritis plus franchement goutteuse ; c'est celle qui survient insidieusement et détruit l'iris sans attaques glaucomateuses. Elle se montre de préférence chez les femmes d'origine goutteuse, à nutrition médiocre, susceptibles de finir tuberculeuses : on peut en retarder les progrès par l'iridectomie, mais non les enrayer, et la cécité survient graduellement en envahissant l'iris d'abord, puis le cristallin et le corps

vitré. Hutchinson en rapporte trois observations très démonstratives. Il en est de même de certaines cyclites à répétition, qui ont de la tendance à gagner la choroïde et le corps vitré ;

4° La névrite optique goutteuse. C'est là une question encore à l'étude. H... a vu trois fois le moteur oculaire commun se paralyser sous l'influence de la goutte : pour le nerf optique, il n'en possède qu'une observation : la voici textuellement. Une jeune fille de 16 ans lui est amenée en juillet 1879 pour une cécité d'un œil, elle se porte bien et n'a aucun autre symptôme. L'ophtalmoscope ne révèle point de lésion tout d'abord, cependant, quelques jours après, la papille paraît gonflée et ses bords effacés. Guérison sous l'influence du mercure et de la quinine. Quatre ans plus tard il revoit la malade avec des symptômes identiques à l'autre œil, et il apprend d'elle qu'elle a eu à plusieurs reprises des attaques passagères de cécité du même genre. Cette jeune fille était issue de parents très goutteux et ses accès de névrite congestive se répétaient au printemps, comme la goutte de ses parents. Sur une autre patiente, de famille goutteuse, c'est une paralysie faciale qu'a rencontrée Hutchinson ; sur une autre, une névrite du plexus brachial. La névrite goutteuse de l'œil n'est donc pas invraisemblable.

H... rapporte encore certains cas d'où il résulte que la goutte semble avoir quelque relation avec le glaucome et avec la rétinite hémorragique.

H. R.

A case of intra-orbital aneurism following fracture of the anterior fossa of the skull and meningitis, par LLOYD (*The Lancet*, 11 *novembre* 1882).

Une femme de ving-neuf ans, enceinte de six mois, fait une chute de voiture à la suite de laquelle il se produit une ecchymose sous-conjonctivale des deux côtés, accompagnée de légère épistaxis. Les jours suivants, délire et signes de méningite, qui ne tardent pas à disparaître. Au bout de six semaines, protrusion du globe oculaire gauche avec affaiblissement de la vue, surdité et sensation de bourdonnement dans la tête du même côté. On diagnostique un anévrisme intra-orbitaire. On décide de ne pas intervenir avant l'accouchement. Celui-ci se produit au terme ordinaire et sans incident fâcheux, mais en même temps l'exophtalmie fait des progrès rapides. Le sixième jour des couches, le cas devenant pressant, on pratique la ligature de la carotide primitive gauche, qui est suivie de la cessation du bourdonnement et amène une notable diminution de la saillie oculaire. Six mois plus tard, le globe de l'œil étant absolument désorganisé et l'intensité des douleurs orbitaires faisant craindre une ophtalmie sympathique, on procède à l'énucléation du bulbe, à la suite de laquelle la malade guérit complètement sans conserver aucune trace de son anévrisme.

H. BARTH.

Du temps propice pour l'opération du strabisme, par HOCK (*Centralbl. f. d. ges Therapie et Rev. gén. d'opht.*, 31 *mars* 1884).

On pratiquera la ténotomie dans le strabisme convergent :

1° Quelques jours après la première apparition de la déviation ;

2° Pendant le strabisme périodique ;

3° Tant qu'il existe une diplopie régulière ;

4° A toutes les périodes du strabisme relatif ;

5° Dans le strabisme permanent le moment de l'opération est indifférent.

Dans le strabisme divergent on opérera :

1° Tant qu'il y a diplopie régulière ;
2° Dans le strabisme relatif ;
3° Si un œil est exclu on n'opérera que sur la demande du patient.

A. TROUSSEAU.

De la ténonite ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale, par PUICHAGUT (*Thèse de Paris*, 1884).

Sous ce nom de ténonite on doit entendre tout processus phlegmasique qui se développe dans l'espace séreux situé entre le globe oculaire et la capsule de Ténon.

Presque la seule cause de ténonite primitive est le rhumatisme ; l'inflammation se développe soit dans le cours d'une attaque aiguë de rhumatisme, soit en dehors de toute manifestation de la diathèse.

La ténonite rhumatismale est caractérisée cliniquement par des douleurs, des gonflements des paupières, l'immobilité de l'œil et par un chémosis séreux. On a noté le pouls veineux rétinien.

Le diagnostic doit être fait avec la conjonctivite catarrhale : d'après la marche de la maladie on éliminera facilement le phlegmon de l'œil et la périostite.

Le traitement devra être le traitement général ordinaire du rhumatisme. Quant au traitement local, on emploiera avec avantage les scarifications, les lotions chaudes, la compression légère. A. TROUSSEAU.

Zur Behandlung des Ulcus serpens und des Ulcus profondum Corneæ (Traitement de l'ulcère serpigineux et de l'ulcère profond de la cornée), par LANDESBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1884).

Ayant reconnu l'insuffisance de l'incision de Sæmisch et de l'emploi de l'iodoforme dans un grand nombre de cas de kératites à hypopion, l'auteur ne se sert plus guère que d'instillations d'ésérine, surtout dans les cas graves. Ainsi, il n'a observé de leucomes adhérents de la cornée que lorsqu'il y avait kératocèle ou perforation de la membrane cornéenne. Autrement, la guérison s'effectue avec une cicatrice unie, circonscrite, et avec une perception visuelle telle que l'iridectomie n'est que rarement nécessaire. Tout cela s'effectue en un laps de temps beaucoup plus court qu'avec les autres méthodes. L'amélioration survient immédiatement, et ne nécessite pas une surveillance bien sévère. Les malades ont pu, le plus souvent, continuer un métier fatiguant, l'œil protégé par un simple bandeau. L'auteur a eu occasion de traiter ainsi 122 cas, dont il donne par tableaux, l'âge, l'état des lésions cornéennes, l'état de la vision avant et après le traitement, etc. ROHMER.

Iridectomie dans les abcès cornéens, par GAYET (*Congrès de Copenhague*, 1884, *et Annales d'Oculistique, août-septembre* 1884).

On peut diviser les abcès avec hypopion en trois catégories artificielles :

1° Abcès légers sans retentissement sur l'iris ;

2° Abcès à production plastique rapide entrainant des adhérences cornéennes ;

3° Cornée fortement atteinte ; troubles rapides de l'iris entraînant des adhérences avec la cornée et la capsule du cristallin.

Pour la première catégorie un traitement local suffit.

Dans le second cas, après l'opération de Sæmisch, le contact de l'iris et de la cornée ne cessera plus, c'est une condition qui appellera plus tard l'iridectomie.

Dans le troisième groupe s'opèrent des pertes de substance considérables aboutissant au staphylome ou à des cicatrices aplaties suivies de phtisie. Après l'évolution de la phlegmasie, on n'a plus dans ces cas la ressource de l'iridectomie, qu'il vaut mieux faire avant que les désordres soient établis.

L'ouverture des grands abcès et leurs lavages répétés constituent un mode de traitement avantageux; malheureusement si l'œil est souvent sauvé, il n'est pas préservé du staphylome progressif, des leucomes adhérents, des synéchies iriennes, des cataractes, etc.

En résumé, l'iridectomie s'impose dans la majorité des abcès de la cornée. Elle n'est pas suivie d'infection totale du globe comme il semble devoir arriver avec nos idées actuelles.

Avec l'iridectomie faite dans le processus aigu, on pourrait sauver quelques yeux. A. TROUSSEAU.

Note sur les tumeurs mélaniques de la conjonctive, par LAGRANGE (*Jour. de méd. de Bordeaux, n° 3, 17 août* 1884).

Tumeur noirâtre, du volume d'un champignon, siégeant sur la conjonctive à la limite de la cornée, offrant un développement rapide et étant devenue sanguinolente; pas de troubles autres que de la conjonctivite. Énucléation du globe oculaire sans accident; à l'examen macroscopique on note une tumeur placée à cheval sur le demi-cercle périkératique, recouvrant la moitié supérieure de la cornée, à base large et sessile : la surface est déchiquetée, irrégulière, creusée de sillons profonds; ses limites sont nettes; ses faces latérales tombent à pic sur la cornée et la sclérotique. La surface de la coupe offre la coloration truffée propre aux tumeurs mélaniques.

Le raclage fait constater des cellules sarcomateuses ovoïdes ou fusiformes, contenant des grains noirâtres de mélanine.

Des coupes, pratiquées après durcissement, montrent que la sclérotique et la cornée sont intactes et que le tissu sarcomateux est en rapport avec les lames les plus externes seules de la couche cornéenne.

Dans ce cas, comme dans un autre semblable que l'auteur a déjà observé, la tumeur mélanique a simplement soulevé le feuillet épithélial de la cornée, l'a détruit, s'est en quelque sorte assis sur les lames cornéennes sans rien leur prendre, sans rien leur donner.

En rapprochant ces faits des observations déjà publiées, M. Lagrange en conclut que les tumeurs mélaniques extérieures du globe de l'œil s'appuient sur la sclérotique et sur la cornée et se développent, non à leurs dépens, mais aux dépens de la conjonctive, de même que l'on voit les tumeurs sarcomateuses des tendons, tissu analogue au tissu sclérotical, prendre racine sur la séreuse qui les enveloppe. OZENNE.

Contribution à l'anatomie pathologique du chalazion, par LAGRANGE (*Journ. de Méd. de Bordeaux, n° 3, 17 août* 1884).

On a généralement admis jusqu'à ce jour que le chalazion se développait à côté ou dans le cartilage tarse, aux dépens ou à cause des glandes de Meibomius : était-il possible de préciser davantage ? C'est

ce que M. Lagrange a cherché à faire par l'examen histologique de deux de ces tumeurs :

Passant rapidement sur les détails de structure, l'auteur a surtout eu en vue la question de pathogénie. Dans l'un des cas, le chalazion était développé en dehors du cartilage tarse, dans le tissu cellulaire de la région; les rapports de sa coque fibreuse avec ce cartilage étaient médiats et accessoires; cette tumeur paraissait être purement et simplement un sarcome embryonnaire circonscrit, sur le développement duquel il n'est pas impossible d'admettre que les glandes meibomiennes n'aient pas eu quelque influence.

Quant à l'autre tumeur, M. Lagrange a reconnu que les culs-de-sacs glandulaires étaient dilatés, gorgés d'une substance réfringente graisseuse, non colorés par le carmin : le tarse paraissait épaissi. Dans ce cas, la néoplasie résultait probablement de l'irritation transmise au tissu conjonctif par l'inflammation des glandes. OZENNE.

Lymphadénitis conjonctiva, par GOLDZIEHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet* 1884).

L'auteur rapporte quatre observations dans lesquelles on vit survenir sur la conjonctive bulbaire une éruption de petites tumeurs situées entre le limbe cornéen et l'équateur de l'œil; elles atteignaient à peu près la grosseur d'un grain de millet, de couleur grisâtre, et étaient situées manifestement au-dessous de la couche épithéliale. La conjonctive était passablement injectée, même infiltrée de sérosité par places, tandis que la conjonctive palpébrale présentait, sauf un peu de rougeur, son aspect normal. On excisa quelques-unes de ces productions, ce qui n'empêcha pas leur reproduction en d'autres endroits; mais l'insufflation d'iodoforme en eut bientôt raison.

Au microscope, une hyperplasie diffuse du tissu conjonctif, dans lequel s'est développée une énorme quantité de vaisseaux lymphatiques, et des follicules de grosseur variable, et plus ou moins développés par places. L'épithélium superficiel est normal, un peu aminci sur les follicules les plus développés. ROHMER.

Das Verhältniss des Pemphigus Conjunctivæ zur sog. essentiellen Schrümpfung der Bindehaut Gräfe's (Syndesmitis degenerativa, Stellwag) Des rapports du pemphigus conjonctival avec la rétraction essentielle de la cornée décrite par de Graefe), par STEFFAN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheik., août* 1884).

Aux 15 cas publiés antérieurement, l'auteur en ajoute un seizième observé par lui.

Il s'agit d'une femme qui se présenta avec une inflammation et une sécrétion conjonctivales assez intenses à l'œil gauche; dans le cul-de-sac inférieur, commençait déjà à apparaître une sorte de rétraction cicatricielle avec tendance à l'entropion; bientôt, ce cul-de-sac n'a plus qu'une profondeur de 3 millimètres à peine. Le même processus se développe sur l'œil droit, avec plus d'intensité encore : car le bord conjonctival de la paupière inférieure ne tarde pas à adhérer directement au limbe cornéen; l'entropion commence même à s'accentuer à la paupière supérieure.

Ce n'est que quelques mois après l'apparition de ce processus qu'apparurent des bulles de pemphigus sur la peau des paupières, des deux côtés : sans autre symptôme qu'un peu de démangeaison et de brûlure, on vit ap-

paraître des vésicules de volume variable, remplies d'une sérosité jaunâtre; puis, il se forma une croûte légère qui tomba à son tour sans laisser aucune trace de cicatrice.

L'auteur conclut à l'évolution d'une lésion analogue sur les conjonctives, parce que le pemphigus a été observé sur d'autres muqueuses (pharynx, etc.), soit isolément, soit concomitamment avec des bulles cutanées. ROHMER.

Arrachement du nerf nasal externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau, par LAGRANGE (*Arch. d'Opht., juillet-août* 1884).

L'auteur rappelle les travaux déjà faits sur cette question (*R. S. M.*, XXIV, 686) et il fait remarquer qu'ils ont surtout eu en vue le glaucome.

En parcourant les observations publiées, il est facile de se convaincre que parmi les phénomènes glaucomateux, c'est la douleur qui a surtout été vaincue par l'opération, d'où cette conclusion que dans les simples douleurs ciliaires sans glaucome l'arrachement du nerf possédera la plus grande efficacité.

L'auteur rapporte six observations d'arrachement du nasal externe pratiqué sur des malades atteints de douleurs ciliaires tenant à une irido-cyclite.

Les résultats ont été des plus encourageants.

Le Dr Lagrange cite ensuite quatre observations avec résultats presque toujours incomplets ou passagers, mais il s'agit dans cette série de cas très complexes avec lésions oculaires graves.

Dans un autre paragraphe l'auteur fait ressortir l'importance de l'opération dans les névralgies du trijumeau, il lui accorde autant de valeur qu'à l'arrachement des nerfs sus- et sous-orbitaires.

Il croit que l'action spéciale de l'arrachement du nasal externe doit être expliquée par les relations de ce tissu nerveux avec le ganglion ophtalmique d'où partent les nerfs sensibles du globe oculaire.

L'arrachement peut agir de deux façons, ou par action réflexe, ou par une solution de continuité produite au moment de l'effort opératoire entre la racine sensitive de l'ophtalmique et le tronc même du nerf nasal.

Dans la névralgie du trijumeau l'opération n'a aucune valeur spéciale. La facilité et la bénignité de l'acte opératoire seules le recommandent aux chirurgiens. A. TROUSSEAU.

Genuine Tuberculose der Iris und des Corp. ciliare (Développement de tubercules sur l'iris et le corps ciliaire), par ALEXANDER (*Centralb. f. prakt. Augenheilk., juin* 1884).

Sur un enfant de quatre ans, d'ailleurs assez bien portant, mais dont un frère est mort, et une sœur souffre encore de tuberculose pulmonaire, on constate les symptômes d'une irido-cyclite aiguë. Au bout de quelques jours, les manifestations aiguës s'étant calmées, on aperçoit sur l'iris adhérent au cristallin de petites masses grisâtres, grosses comme des têtes d'épingle; elles ne tardent pas à augmenter de nombre et de volume. Une excision d'une partie de l'iris, faite à grand'peine, sert à inoculer la chambre antérieure d'un lapin, et à reproduire des tubercules. Chez l'enfant, le globe de l'œil énucléé laisse voir sur l'iris et le corps ciliaire de nombreuses masses tuberculeuses, qu'il n'a pas été difficile de reconnaître aussi bien à l'œil nu qu'au microscope. ROHMER.

Tuberculose chronique de l'œil, par SCHÄFER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *septembre* 1884).

Il s'agit d'un soldat de 22 ans, non syphilitique, sans aucun antécédent héréditaire, qui, vers le milieu du mois d'avril 1883, commença à se plaindre de douleurs dans l'œil gauche et de quelques troubles de la vue. Au bout de quelques jours, le malade est envoyé à l'hôpital et on constate alors du chemosis, une déformation de la pupille, puis un hypopion. En même temps, au bord de la cornée, surviennent deux tumeurs grosses comme un pois, d'aspect jaunâtre transparent. La cornée se trouble, le globe de l'œil se ramollit, l'acuité visuelle diminue et finit même par disparaître. Ces phénomènes vont en augmentant, le globe de l'œil augmente de volume et de tension, et deux mois après les débuts des accidents, on pratique l'énucléation. L'examen des tumeurs fait voir la présence de cellules géantes et épithélioïdes, mais sans bacilles ; ce fait est attribué par l'auteur à l'inflammation concomitante. Les tumeurs avaient perforé la sclérotique à leurs points d'implantation et avaient envahi l'iris et le cercle ciliaire, totalement détruits à ce niveau. L'auteur expose les recherches microscopiques très minutieuses qu'il a faites sur toutes les parties de l'œil. ROHMER.

Panophtalmite tardive après une opération de cataracte avec enclavement irien, par van DUYSE (*Annales d'Oculistique*, *juillet-août* 1884).

D'après une observation personnelle et d'après celles qu'il a pu recueillir dans la littérature ophtalmologique, l'auteur se croit autorisé à conclure que les prolapsus ancien de l'iris, spécialement dans le cas de cicatrisation cystoïde, les cicatrices vicieuses en général, constituent une condition anatomique favorable pour l'infection septique de l'œil avec panophtalmite destructive, que cette infection soit traumatique ou non.

A. TROUSSEAU.

Allgemeinstörungen in Folge Tragens von Staarbrillen (Troubles généraux consécutifs à l'usage des lunettes à cataracte), par BAAS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *octobre* 1884).

A la suite de l'opération de la cataracte sur un œil, l'auteur a remarqué plusieurs fois, lorsque les malades commençaient à porter les verres de numéros différents aux deux yeux, des troubles qui les forçaient à revenir demander conseil. Lorsque les opérés se servaient de leurs lunettes soit pour la vision de loin, soit pour celle de près, ils ressentaient bientôt des maux de tête, des vertiges, des nausées, de l'incertitude dans la démarche, les forçant de s'arrêter pour ne pas tomber. Un nouvel examen montrait l'exactitude des verres choisis. Mais sitôt qu'on laissait libre l'œil non opéré, tous ces troubles disparaissaient; cet œil, a remarqué l'auteur, possédait encore quelques restes de vision, de sorte qu'il faisait encore des efforts pour voir à travers l'un ou l'autre verre (vision de près ou de loin) adapté sur la même monture. Aussi l'auteur recommande-t-il de placer chaque verre dans une monture différente, et d'appliquer devant l'œil non opéré un verre plus opaque : de la sorte, les troubles sus-mentionnés disparurent toujours. ROHMER.

Glaucome aigu dans le cours d'une rétinite albuminurique, par LANDESBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *octobre* 1884).

Homme de 45 ans, qui se présente le 15 mai 1884, avec une acuité visuelle,

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

I. — Handbuch der feldärtzlichen Improvisations-technick (Manuel d'improvisation de matériel d'ambulance), par J. PORT (Un vol. in-12 avec nombreuses planches. — *Stuttgard*, 1884).

II. — Die Improvisation von Behandlungsmittel im Kriege und bei Unglückfällen (L'improvisation de moyens de traitement en temps de guerre), par W. CUBASCH (Un vol. in-8° avec planches. — *Vienne et Leipzig*, 1884).

Dans le courant de l'année 1882, le comité international de la Croix-Rouge à Genève mit au concours une question de la plus haute importance pour les médecins militaires, l'improvisation des moyens nécessaires à l'installation et au traitement des blessés et des malades en temps de guerre. Le comité avait mis à la disposition des concurrents trois prix de mille francs chacun, correspondant aux trois questions : hospitalisation, installation, traitement. Le jury, composé de MM. Le Fort, Gurlt et Socin, attribua deux de ces prix à Port, et un accessit à Cubasch. Suivant le vœu du comité international, les deux ouvrages récompensés ont été publiés et c'est eux que nous avons à analyser.

I. — Le livre de Port a une grande importance, d'abord parce qu'il émane en quelque sorte d'un spécialiste (l'auteur s'occupe depuis une vingtaine d'années de tout ce qui concerne les moyens improvisés) ; en second lieu, parce que les recherches de ce genre sont pour la première fois groupées et coordonnées de façon à présenter au lecteur une sorte de science nouvelle, la technique d'improvisation.

Parmi les moyens improvisés décrits ou recommandés par l'auteur, beaucoup sont d'usage courant dans toutes les armées européennes : d'autres dépassent de beaucoup la mesure de ce que l'on peut demander à l'improvisation. Mais il reste encore un ensemble de recherches fort originales et personnelles qui ne sauraient trop attirer l'attention des médecins de l'armée. En cherchant à imiter ces procédés, à construire le matériel de Port, les médecins militaires sauront bien vite si toutes ces improvisations peuvent être utiles ou si ce sont de simples amusements. Quelques-uns disent volontiers que la science de l'improvisation est une qualité native : c'est la meilleure raison que l'on puisse donner en faveur d'un enseignement méthodique de choses que tout le monde n'est pas à même de trouver dans son propre fonds. Port a du reste réuni dans une petite exposition organisée à Genève en septembre 1884 les plus intéressantes de ses créations, et ces modèles ont été l'objet d'une étude attentive de la part des médecins expérimentés que les différents gouvernements avaient délégués à cet effet.

Parmi les modèles les plus curieux, on remarquait surtout les suivants :

1° *Une baraque*, construite avec des rondins ordinaires et le fer-blanc des boîtes de conserve. Les portes, simples cadres en bois, pivotent sur des fonds de bouteille. Au faîte, deux aspirateurs pour la ventilation, en carton et fil télégraphique. Sur les côtés, les plaques de fer-blanc sont disposées de façon à pouvoir être soulevées comme des volets ou des

jalousies. Dans les cas où l'on veut se défendre contre le froid ou la chaleur, la couche de fer-blanc est double et l'on introduit dans l'intervalle des planchettes qui maintiennent un écartement de 6 à 8 centimètres. Cette baraque peut être bâtie à ras de terre ou être enterrée d'un mètre. Dans ce dernier cas, le plancher et les parois enterrées sont recouverts d'argile imperméable.

2° *Un brancard-lit-traîneau.* — Suivant que la largeur est de 60 centimètres ou de 1m,20, l'appareil peut servir de lit ou de brancard. L'idée fondamentale est de créer un moyen de transport glissant sur le sol comme l'arrière-train d'une charrue. On emploie pour cela deux perches solides et fort longues (de 2 à 4 mètres), de façon à présenter autant d'élasticité que possible. On dispose alors transversalement et verticalement des rondins fixés par des cordes, de manière à construire un double plan incliné, formé d'osier entrelacé, capitonné de foin et recouvert de toile. Le tout est recouvert de cerceaux et de toile pour protéger contre le soleil.

Comme lit, cet appareil est traîné par un cheval ; comme brancard, par un homme. Dans l'un et l'autre cas les secousses sont à peu près nulles, ce qui ne laisse pas d'étonner tout d'abord. C'est là un emploi très heureux de l'élasticité des jeunes arbres, employée d'autre part par Schmidt et par Port lui-même pour obtenir un transport élastique des brancards dans les charrettes des paysans et dans les wagons de chemin de fer.

3° *Des fourneaux improvisés* de toutes sortes. Le plus intéressant de tous est construit avec de l'osier (ou des branchages flexibles) et de l'argile de la façon suivante : on fait d'abord une sorte de panier renversé appuyé sur le sol par la partie évasée ; on recouvre le tout d'une couche d'argile épaisse de 10 à 12 centimètres. On allume le feu à l'intérieur par une ouverture ménagée à cet effet : l'osier brûle petit à petit ; l'argile se dessèche. Au bout de quelques jours on dispose d'un fourneau excessivement solide et pratique. On peut encore improviser un fourneau et une marmite en quelques minutes au moyen de deux boîtes à conserve du grand modèle (8-10 litres) employé dans les armées.

Port possède tout un arsenal de gouttières, d'attelles, etc., construites avec le feuillard des caisses à biscuit, avec du fil télégraphique, du carton, du fer-blanc, etc., etc. ; il emploie les bouteilles ordinaires pour faire des gonds de porte, des verres à boire, des entonnoirs, des irrigateurs, des lanternes ; il fait des coussins élastiques avec l'empois d'amidon. Bref il fait preuve d'une ingéniosité extraordinaire pour improviser les objets les plus variés, et le petit volume où il décrit son matériel avec la plus grande simplicité est un de ceux qui seront le plus utile aux médecins militaires.

II. — L'œuvre de Cubasch est bien inférieure à celle qui précède. L'auteur ne s'occupe d'ailleurs que de l'improvisation des moyens de traitement : c'est la partie la mieux étudiée jusqu'ici, et l'auteur aurait pu facilement trouver dans les ouvrages des chirurgiens militaires français (Larrey, Percy, Baudens, etc.) bien des procédés plus simples et plus efficaces que ceux qu'il préconise.

Dans une première partie, il s'occupe de l'hémostase, et parmi l'un des moyens recommandés figure l'extension forcée. Les figures grotesques qui accompagnent le texte suffiront sans doute à montrer combien ce

procédé est inapplicable aux blessures des grosses artères, surtout sur le champ de bataille.

A propos du paquet du soldat, il conseille « de ne pas utiliser ce matériel, à moins de l'avoir préalablement désinfecté ». Si l'on ne possède pas de matériel antiseptique, il faudra le faire bouillir pendant une demi-heure dans l'eau : « on aura parfois l'occasion de faire cela en campagne. » C'est bien douteux : aussi vaudra-t-il mieux s'en tenir au conseil que Cubasch formule plus loin, soit de choisir un matériel antiseptique, soit de renfermer le tout dans un étui de cuir hermétiquement fermé. En cas de besoin, les sociétés de secours pourraient fournir ce matériel coûteux.

Cubasch indique avec soin la préparation de la jute phéniquée et du matériel de pansement compatible avec le service en campagne, il recommande le procédé de drainage de Neuber, qui taillait à l'emporte-pièce des rondelles dans les lambeaux d'amputation. Il recommande aussi d'enlever du matériel d'ambulance toutes les fleurs et feuilles médicamenteuses dont les voitures sont encombrées.

Comme antisepsie primitive, il emploie le procédé suivant : laver à l'eau phéniquée, saupoudrer d'un mélange antiseptique tel que celui de Bruns, ajouter une pelote de coton au chlorure de zinc et une compresse ; enfin fixer le tout par un drap triangulaire. C'est probablement un peu compliqué pour les besoins de la guerre.

Les attelles de toutes sortes, de toutes formes, de toutes dimensions, sont décrites avec infiniment de détails.

On remarque les attelles en paille dont Port a négligé de parler, on ne comprend pas pourquoi.

Nous signalons en terminant l'importance que l'auteur attribue aux attelles et aux appareils à extension continue, improvisés ou non. Il semble que cette méthode chirurgicale soit devenue tellement indispensable qu'elle pénètre jusque dans la chirurgie d'armée, où cependant elle trouve des conditions peu favorables à son application. C. ZUBER.

Die Sanitätsverhältnisse der russichen Armee während des Feldzuges gegen die Tekinzen 1880-1881 (Rapports sur le service de santé de l'armée russe pendant la campagne contre les Tekkés), par PETERSEN (*St.-Petersb. méd. Woch.* n° 32-33, 1884).

Le travail de Petersen est fait d'après le tome IV de l'ouvrage du colonel Grodekow, chef d'état-major de Skobelew, publié en langue russe et intitulé : « La guerre chez les Turkmènes, le général Skobelew. »

Grodekow décrit d'abord le climat, puis la flore et la faune du Tekkés, ou pays des Turkmènes, portion du Turkestan.

Un immense désert (parfois de sable très fin) s'étend de Michailowsk à Kijil-Arvat ; les pluies le transforment en une plaine de boue presque impraticable. Michailowsk et Tschikischlar, les deux bases d'opérations sur la mer Caspienne, sont rendues insalubres et instables par de fréquentes inondations. L'eau de la région est mauvaise, salée et légèrement corrompue. Les analyses d'Ott et les maladies survenues pendant l'expédition de 1879 démontrent qu'on ne peut absolument pas en faire usage. On ne trouve de bonnes sources qu'à 120 verstes de Michailowsk et à l'oasis d'Achal-Teke. La température habituelle de l'été est de 30 à 40° R.,

elle s'élève parfois à 50° R. La température, à l'ombre, sous les Kibitkas (tentes de feutre), est moins élevée de 2° seulement que la température extérieure. En hiver, le thermomètre descend rarement au-dessous de 10° R.

La guerre contre les Tekkés comprend deux périodes, ou campagnes distinctes. Celle de 1879, sous la direction du général Lazarew, n'eût point de résultat positif. Les Russes, décimés par les maladies, ayant perdu presque tous leurs chameaux, durent péniblement battre en retraite, harcelés par les hardis cavaliers des bords de l'Atreck. En huit mois, le nombre des malades et des blessés atteignit le chiffre énorme de 18,943, dont 309 moururent. Le contingent le plus fort fut fourni par les fièvres intermittentes, bien que l'armée n'ait jamais campé sur un sol maremmatique. Les cas d'impaludisme furent fréquents, principalement lorsque soufflaient les vents du sud, sud-est et sud-ouest, venant par conséquent des frontières de la Perse, où règne la fièvre intermittente. Sur 8,324 cas, 1,637 furent observés au mois de juillet, et 52 furent suivis de mort.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence : diarrhées, 3,618 cas, dont 68 décès, et la dysenterie, 984, dont 136 décès. Le scorbut régna surtout en septembre, le chiffre de la morbidité fut 1,042, celui de la mortalité, 8. Contrairement aux prévisions, le nombre des ophtalmies fut relativement faible, 544 cas ; 352 hommes furent blessés, 8 seulement moururent.

On n'observa qu'un seul cas de fièvre typhoïde !

4 cas d'abcès du foie furent suivis de mort.

Ces résultats, puisque la petite armée comptait environ 10,000 hommes, conduisirent Skobelew, à qui fut confiée la seconde expédition, à organiser le service de santé d'une façon parfaite.

L'effectif du corps expéditionnaire fut d'environ 12,000 hommes.

Du 1er janvier 1880 au 1er juillet 1881, le nombre des malades fut de 27,704, celui des blessés de 987. Sur ce total de 28,691, on compte 813 décès.

Comme en 1879, les principales maladies furent les fièvres intermittentes, les diarrhées, les dysenteries et le scorbut ; une grave épidémie de typhus sévit vers la fin des opérations.

Les chiffres relevés furent les suivants :

Fièvre intermittente, 8,411 cas, dont 8 décès, qui se produisirent surtout fin septembre et fin février ; le caractère pernicieux fut rare.

Dysenterie, 766 cas, dont 139 décès.

Diarrhée, 4,902 cas, dont 102 décès.

Scorbut, 1,321 cas, dont 38 décès. Le scorbut n'épargna aucune arme et frappa aussi bien les officiers que les soldats.

Les affections typhiques atteignirent 1,445 hommes, dont 195 moururent. Cette épidémie se développa pendant le siège de Geok-Tepré et atteignit l'armée en février et mars. Elle fut attribuée aux émanations putrides provenant des cadavres nombreux qui restèrent dans les fossés sans pouvoir être ensevelis.

Le nombre des ophtalmies ne fut que de 939.

Le nombre des blessés fut relativement faible, parce qu'au lieu de luttes en rase campagne, il s'agissait surtout d'une guerre de siège, qui se termina par l'assaut de Geok-Tepé.

Les 352 blessés de 1879 fournirent 8 décès, les 987 de 1880-1881, 168.

Ce qui frappe, c'est la proportion énorme des plaies par instruments tranchants et piquants, qui atteignit 21 0/0 soit plus de 1/5 du chiffre total. Ce fait ne peut plus guère se produire que dans les luttes avec certaines peuplades asiatiques où les armes à feu sont encore rares.

La Société avait également réuni de nombreux approvisionnements à Krasnovodsk et avait dressé, pendant l'investissement de Geok-Tépé, 150 lits qu'on réunit à ceux de l'ambulance du régiment de Samursk.

Le travail du colonel Grodekow relate ensuite les principaux modes de désinfection qui furent employés. On se servit en général du chlorure de calcium. L. HASSLER.

Le Congrès international des Sciences médicales de Copenhague, par E. VALLIN (*Revue d'hygiène, n° 9 et 10, 1884*).

I. — Les boissons alcooliques dans l'armée, par SCHMULEWITSCH, de *Saint-Pétersbourg.*

II. — De la périostite de fatigue, comme maladie fréquente dans l'armée, par LAUB, de *Copenhague.*

III. — Sur le coup de soleil, par J. FEYRER, de *Londres.*

IV. — Sur la protection hygiénique d'une armée en campagne et du pays d'occupation, par MICHAELIS, d'*Innsbrück.*

I. — D'après Schmulewitsch, les prestations alcooliques qui se font dans les différentes armées ne peuvent se justifier ni au point de vue de la physiologie, ni par les résultats de l'expérience. Dans l'armée anglaise, les enquêtes faites par les médecins, à la suite des diverses campagnes, ont montré que les inconvénients de ces prestations étaient de beaucoup supérieurs aux avantages; les boissons alcooliques produisent un surmènement rapide, un gaspillage des forces qui font défaut au moment opportun. Aussi l'auteur émet-il le vœu, qu'elles soient remplacées par des distributions de thé ou de café, suivant les circonstances ou les pays. M. Vallin, tout en s'associant à ces vœux, formule des réserves pour les distributions de vin. Ces idées furent déjà mises en pratique en 1882, dans la rude campagne conduite dans l'Asie centrale, contre les Turkmènes-Tekkés, par le général Skobeleff. Les résultats furent des plus avantageux.

II. — C'est en 1876 que M. Laub a reconnu l'existence de cette curieuse affection, et de 1876 à 1883 il a pu en constater 156 cas sur les soldats traités à l'hôpital militaire de Copenhague; 77 ont guéri, 63 ont dû être renvoyés, réformés pour guérison incomplète. La maladie frappe surtout les recrues, les jeunes soldats, qui ne sont pas habitués, par leur vie antérieure, à supporter les fatigues de la marche. L'influence prédisposante de la scrofule, de la tuberculose, de la syphilis, n'a pu être constatée. A la suite des marches forcées, on voit survenir des tumeurs douloureuses, siégeant presque toujours (2 fois sur 3) au tiers supérieur du tibia, plus rarement au tiers inférieur ou aux os du pied. La maladie est apyrétique; les tumeurs ne se terminent jamais par suppuration, presque toujours elles se résolvent, laissent des plaques d'hyperostose, correspondant aux insertions musculaires; les rechutes sont fréquentes. Les complications (synovites tendineuses) sont rares.

Ces accidents sont nettement distincts, selon M. Vallin, de ceux que les médecins militaires français décrivent sous le nom de fourbure et de tarsalgie suite de fatigue. Ces lésions sont le froissement et la contusion des surfaces articulaires du tarse, le relâchement et parfois la déchirure des liens articulaires par suite d'épuisement des muscles de la plante du pied ou du long péronier latéral.

III.— En 1882, l'armée européenne des Indes, comptant 57,918 hommes, a eu : 15 décès par apoplexie, 102 par coup de soleil, 5 par hémiplégie, en tout 122. L'expression de Fayrer laisse à désirer, parce qu'un nombre assez considérable de ces accidents se présentèrent, sous les tentes, à l'ombre, ou dans les chambres de chauffe des navires.

L'auteur admet au moins trois formes différentes :

1° Syncope par épuisement; collapsus moral et physique, peau froide et pâle, pouls insensible; parfois mort par inertie du cœur : guérison fréquente.

2° Action directe du soleil sur le cerveau et la moelle; arrêt de la circulation et de la respiration par action directe sur les centres respiratoires. La réaction se fait souvent par une fièvre ardente, avec symptômes cérébraux et spinaux. La mort a lieu par défaillance cardiaque, inhibition du nerf vague : on l'attribue encore à la coagulation de la myosine cardiaque, mais cette coagulation n'a lieu le plus souvent qu'après la mort.

3° Échauffement général du corps, hyperpyrexie avec paralysie des vaso-moteurs, arrêt du cœur et de la respiration. La fatigue et les excès rendent cette forme souvent mortelle.

IV. — Les armées en campagne propagent souvent dans le pays qu'elles traversent ou qu'elles occupent de graves épidémies : le typhus, le choléra en Crimée, la variole en 1870-1871. D'autre part, les armées qui traversent un pays ou qui l'occupent peuvent y puiser le germe d'épidémies redoutables, parce que la maladie y existait antérieurement.

Michaelis pense que des conventions nationales et internationales pourraient être prises pour écarter ces dangers ; il y a là une question d'humanité et de droit des gens, dont on ne saurait méconnaître l'importance; il serait désirable qu'on fît pour les maladies épidémiques ce qu'a fait la convention de Genève pour la protection des blessés sur le champ de bataille.

L. HASSLER.

La morbidité et la mortalité dans l'armée française en Algérie, par MAILLOT (*Gaz. des hôp.*, n° 27, 1884).

M. Maillot a pris pour point de comparaison le gouvernement de Paris, qui embrasse l'une des contrées les plus salubres de la France et dont l'effectif est à peu près le même que celui de l'Algérie.

Il a trouvé que la *morbidité* dans notre armée d'Afrique est beaucoup plus considérable qu'en France ; que, par suite, la *mortalité* y dépasse d'environ un tiers celle du gouvernement de Paris ; mais que la proportion des morts au nombre des malades y est notablement inférieure.

Cette triple énonciation, qui va causer bien des surprises, se base sur les mouvements hospitaliers des années 1877, 1878, 1879, 1880.

Les entrées aux hôpitaux, en Algérie et dans le gouvernement de Paris réunis, ont été au nombre de 137,043 ; les morts, à celui de 4,633, ce qui donne 1 mort sur 28.

Si l'on décompose ce chiffre d'ensemble, on a pour l'Algérie, 86,298 entrées et 2,747 morts ; pour la France, 50,745 entrées et 2,086 morts.

D'où une mortalité en Algérie de 1 sur 31 ; et dans le gouvernement de Paris de 1 sur 24, en nombre rond et laissant de côté des fractions insignifiantes. L. HASSLER.

Notions sur les substances explosives d'invention moderne et sur les blessures qu'elles produisent, par POZZI (*Gaz. méd. de Paris*, 45, 46, 47, 49, 1883, 1, 3, 4, 1884).

M. Pozzi classe avec M. Turpin les divers explosifs en plusieurs sections et il relate l'observation des accidents auxquels ils ont donné lieu : 1° explosifs à base d'un azotate quelconque ; le type est la poudre ordinaire ; 2° explosif à base d'un chlorate quelconque : acide chlorique combiné au sucre, au charbon, au prussiate de potasse, au phosphore amorphe. Explosion de la fabrique de chlorate de potasse d'Essonnes ; 3° composés ammoniacaux, ou ammoniures, ou azotures ; 4° picrates ; 5° fulminates ; 6° composés organiques traités par l'acide azotique ou azoto-sulfurique : fulmi-coton, nitroglycérine, dynamite, panclastite.

L'action de ces différentes substances diffère beaucoup de celle de la poudre ordinaire, les blessures qu'elles produisent sont presque toujours très caractéristiques :

1° Le principal effort se produit toujours selon le plan de résistance, et de là s'irradie horizontalement sous forme d'une expansion circulaire transversale agissant dans un plan limité (Rochard) ;

2° Le mode d'action de la substance explosive offre des irrégularités inexplicables. D'une façon générale les obstacles résistants sont broyés, tandis que les parties molles peuvent être plus ou moins ménagées ;

3° La température s'élève brusquement très haut dans les foyers d'explosion ; cela explique, en particulier, comment les cadavres sont entièrement déshabillés par la brusque expansion de l'air interposé entre les vêtements et le corps. Mais ce phénomène étant presque instantané, se borne à des effets mécaniques sans causer de brûlures. Les lésions de ce genre observées quelquefois furent produites par la combustion simultanée d'objets voisins. Au contraire, la poudre à canon, qui brûle véritablement avant de détonner, peut causer des brûlures nettement caractérisées. Le tatouage se voit rarement, on a observé un tatouage blanc particulier aux explosions de dynamite et produit par l'incrustation de parcelles de silice ;

4° L'action instantanée de la dynamite, du fulmi-coton, etc., explique aussi la netteté de quelques blessures, qui contraste avec l'aspect contus et déchiqueté de certaines autres. L'action de la poudre ordinaire ne donne jamais lieu à ces sections saignantes qui paraissent avoir été faites par l'instrument tranchant ;

5° Il faut aussi noter l'étendue des lésions sous-cutanées, les décollements énormes, les grands épanchements sanguins et aussi le trajet long et compliqué sous les téguments de fragments très petits agissant comme de vrais projectiles.

Fait à retenir, le tatouage de la cornée est souvent moins grave qu'on est tenté de le croire tout d'abord. Au bout de quelques jours, sous l'influence des antiphlogistiques seuls, on assiste à l'élimination progres-

sive de tous les grains de silice qui, au moment de l'accident, paraissaient compromettre irrémédiablement la vision. L. HASSLER.

Ueber einige Formen von Selbstverstümmelung bei galizischen Wehrpflichtigen (Quelques formes de maladies simulées chez les conscrits de Galicie), par V. FILLENBAUM (*Allgem. Wiener med. Zeit., p.* 162, 1883).

La Galicie est un des pays où les mutilations volontaires sont le plus en honneur. Ces mutilations varient d'ailleurs avec les districts : dans l'un, c'est le prolapsus du rectum ; dans l'autre, la section des doigts, etc. Dans ces derniers temps on a observé des troubles de la cornée provoqués par des scarifications, ou bien par des tatouages. Dans ce dernier cas on trouve, toujours sur l'œil droit, une tache brune, régulièrement arrondie, couvrant la pupille. Pas de pannus, ni de larmoiement. A l'éclairage latéral la superficie apparaît granuleuse, légèrement saillante. Cette opacité peut disparaître au bout de 3 à 6 mois. Des renseignements privés attribuent cette lésion à l'action de la pierre infernale, mais les essais sur les chats ne donnèrent aucun résultat. Une fois l'auteur vit une cicatrice de sangsue sur la cornée, procédé déjà employé par 31 recrues israélites à Kars. Une simulation plus fréquente est la myopie acquise artificiellement, c'est-à-dire la faculté de lire le tableau n° 1 de Jæger avec des verres concaves de 4 pouces de foyer. Les simulateurs de ce genre portent d'habitude des verres n° 2 1/2. L'examen ophtalmoscopique démontre aisément l'absence d'une myopie de 1/8 à 1/10 et du staphylome postérieur ; par contre, une violente injection des vaisseaux.

Le nystagmus, souvent simulé d'une façon persistante, est reconnu à l'irrégularité du rythme, pendant un examen prolongé.

L'auteur a observé 20 cas d'une maladie provoquée très curieuse : une sorte de subluxation artificielle de l'épaule. Le bras est dans l'abduction, la tête humérale déplacée vers l'aisselle et fortement appuyée sur le rebord cotyloïde : il existe une sorte d'ankylose qui fait que l'omoplate suit les mouvements du bras. Les muscles sont fortement contractés ; le bord interne de l'omoplate est soulevé comme dans la paralysie du grand dentelé. Une pression, même modérée, du côté de l'aisselle, permet de remettre facilement en place la tête humérale ; mais une contraction énergique des muscles reproduit sur le champ la fausse position. Comment les intéressés produisent-ils cette curieuse difformité, que l'on désigne dans le pays du nom d'épaule ailée artificielle (*künstliche Flügelschulter*) ? Ce n'est pas facile à dire.

L'amaigrissement artificiel s'obtient par le jeûne, les purgatifs, la privation de sommeil ; les jeunes gens sont quelquefois réduits à l'état de squelette, comme il arriva pour 21 jeunes gens du cercle de Zolkien, admis à l'hôpital de Lemberg ; ils prirent du pain pour toute nourriture, alléguant que la cuisine n'était pas préparée suivant les rites ; finalement on les exempta.

Le prolapsus artificiel du rectum commence à disparaître ; de 283 cas en 1873, le chiffre est tombé à 90 en 1882. Par contre, la teigne faveuse est fréquente en Galicie. C. ZUBER.

Étude clinique sur les lésions du cœur par coups de chaleur observées à bord du *Tourville*), par J. MOURSOU (*Arch. de méd. nav., septembre* 1884).

Le grand croiseur de 1re classe, le *Tourville*, a une machine de 8,000 chevaux, qui laisse perdre, par rayonnement, à l'intérieur du navire, une très grande quantité de chaleur, sensible surtout dans la machine, la soute à charbon, la machine auxiliaire et la partie du faux-pont attenante à la machine. C'est dans ces locaux, pendant les mois les plus chauds, dans les traversées des mers tropicales et surtout dans celle de la mer Rouge, que les accidents ont été observés.

La forme clinique a été caractérisée par l'atteinte du cœur. Quand il n'y avait pas perte de connaissance dès le début, les hommes éprouvaient du vertige, de l'anhélation, de la douleur à la région cardiaque, dans le bas-ventre et suivant le trajet du pneumo-gastrique; chez deux malades il y a eu mouvements épileptiformes et tendance au délire. L'auscultation du cœur, dans les cas sidérants, montrait soit une ataxie des plus violentes de cet organe, soit des bruits sourds, profonds, difficiles à percevoir; lorsque la marche de l'atteinte du cœur a été moins rapide quoique profonde on a pu percevoir au troisième jour des signes de péricardite légère. Dans les cas graves le pouls a varié de 110 à 135 pulsations, mais il était en général à 90 ou 100; en toutes circonstances il était mou et dépressible.

Les cas les plus sérieux ont coïncidé avec l'arrêt de la transpiration; cependant en général elle était plutôt exagérée que supprimée.

La plupart des malades ont offert de la congestion pulmonaire, mais elle a paru secondaire.

La durée des accidents a été des plus variable; il faut aussi citer des rechutes, et une sorte d'état chronique, caractérisé par de l'embarras gastrique et des lésions du cœur de plus ou moins longue durée. Les antécédents morbides du côté du cœur (palpitations, fièvre du cœur) paraissent ne pas avoir été indifférents. Le traitement a consisté en douches et bains froids suivis d'enveloppement dans une couverture de laine, dérivatifs sur le cœur, et bromure de potassium.

Un seul décès; pas d'autopsie.

La plupart des mécaniciens et des chauffeurs étaient de tous jeunes gens, sans expérience du métier, naviguant pour la première fois dans les pays chauds, et persuadés, tant on avait, exagéré auprès d'eux la machine du *Tourville* qu'ils auraient des accidents graves; cette influence morale des plus fâcheuses a pu avoir son action sur le cœur. Après le décès d'un chauffeur, il y eut dans ce groupe une sorte de panique où le médecin eut fort à faire pour démêler la vérité et déjouer la simulation ou tout au moins l'exagération. C. Z.

Des deutschen Soldaten Fuss und Fussbekleidung (Le pied et la chaussure du soldat allemand), par BRANDT VON LINDAU (Un vol. in-8° de 224 pages. — *Berlin*, 1883).

Les pieds des fantassins sont traités d'une façon bien précaire comparativement aux soins dont les pieds des chevaux sont l'objet. Et cependant, ce sont les lésions du pied qui sont la cause première d'une foule de désastres, en temps de paix comme en temps de guerre. Le lieutenant-

colonel von Lindau recommande instamment le traitement des pieds d'après les principes américains.

La chaussette de laine est le vêtement qui conviendrait le mieux au soldat allemand; le soulier de même, dans la caserne. L'auteur considère que la question dépend absolument de l'adoption de formes rationnelles, et il plaide pour la fabrication du soulier militaire dans des ateliers propres à l'armée dont il veut exclure tous les fournisseurs civils.

Il rappelle les « Deutsche Volksleisten » pour la confection desquelles on a fait la mensuration de 590 personnes. Or, pour obtenir la forme extérieure grossière il ne faut pas moins de 25 mensurations pour chaque pied. Les mensurations personnelles de l'auteur lui ont démontré qu'il faudrait pour le peuple allemand une série de 113 numéros de formes, pour l'armée une série de 52 numéros. C. Z.

De l'emploi des poudres de viande dans l'alimentation du soldat, par L. HASSLER (*Arch. de méd. mil., septembre* 1884).

Après avoir fait l'historique des poudres de viande qui furent employées pour la première fois en 1856, lors de la guerre de Crimée; après avoir décrit les principaux procédés de fabrication, l'auteur recommande la poudre obtenue sur place à la Plata, pour sa bonne qualité et surtout pour son prix de revient peu élevé. Il passe ensuite en revue les diverses expériences auxquelles ces produits ont donné lieu, notamment en Allemagne, celles de Ronnberg, celles de la prison cellulaire de Plotzensee, en France celles de Kirn et les siennes propres. Il rapporte les avis favorables et motivés de MM. Arnould, Lux, Hentsch, Chaumont, de Netley et termine son travail par les conclusions suivantes :

Les poudres de viande (et les cartouches de viande-légumes) paraissent appelées à rendre de grands services aux armées en campagne, grâce à leur valeur nutritive, à la rapidité et à la facilité de la préparation culinaire.

Leur adoption entraînerait l'allègement des vivres du sac, la facilité des transports, la diminution des convois et la conservation presque indéfinie des approvisionnements.

Sans être comparables à la viande fraîche rôtie ou bouillie, le bouillon et la soupe-purée de viande-légumes, sont à notre avis, en tout temps, acceptables, mais trouveront surtout leur emploi dans les sièges ou pendant certaines périodes d'une campagne.

Pour ces motifs, il semble que l'emploi des poudres de viande mériterait d'être expérimenté dans l'armée. A. C.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1884.

A

Abcès. — Abcès chauds et pansement de Lister, par Richelot. (*Union médicale*, 12 octobre.)

Abdomen. — Cancer de l'ombilic, par Largeau. (*Soc. anat.*, 14 mars.) — Kyste sanguin de l'abdomen, par Th. Oliver. (*Lancet*, 11 octobre.) — Leçons sur la chirurgie de l'abdomen, par Chalot. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 49 et suiv.) — Du pseudo tympanisme dans l'ascite, par Luton. (*Union méd. du Nord-Est*, septembre.) — De quelques conséquences du relâchement considérable de la paroi abdominale, par Hegar. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36.)

Accouchement. — De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement, par Dubourg. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — De l'état du canal cervical après l'accouchement et la délivrance, par Ahlfeld. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8.) — De l'expression du placenta par le procédé de Credé, par F. Syromiatnikoff. (*Vratch*, n° 48.) — De l'antisepsie dans la pratique des sages-femmes, par Ahlfeld. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.) — Dystocie causée par une sténose vaginale, par Braun. (*Wien. med. Presse*, n° 46.) — L'ergot de seigle pendant l'accouchement, par Schatz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.)

Air. — Sur les composés carbonés combustibles existant dans l'air atmosphérique, par Muntz et Aubin. (*Acad. des sciences*, 17 nov.) — Etude de l'air de la ville d'Alger, par Chairy. (*Acad. des sciences*, 10 nov.) — Des modifications de la courbe du pouls dans les chambres pneumatiques, par Liebig. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19.) — Des effets de l'air marin sur les maladies des organes respiratoires, par Boardman Reed. (*New York med. Journ.*, 23 août.)

Albuminurie. — Recherches de l'albumine dans la salive et la bile des albuminuriques, par Brancaccio. (*Riv. clin. di Bologna*, déc.) — Contribution à l'étude de l'albuminurie, par Riva. (*Gazz. degli Ospitali*, n° 8.) — Sur l'albuminurie, par Axenfeld. (*Lo Sperimentale*, août, p. 178.) — Sur la coagulation des matières albuminoïdes, par Grimaux. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 7, t. I.) — Influence de faibles traces d'acide nitrique sur la recherche de l'albumine dans l'urine, par Robin. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 7, t. I.)

Alcoolisme. — Rapports de l'alcoolisme chronique avec les cardio-artéropathies, par Benvenisti. (*Gazz. med. ital. Prov. Venete*, n° 38.)

Aliénation. — **Leçons sur les maladies mentales**, par SANKEY. (In-8°, 2e édit., Londres.) — Des modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés criminels, par LEMONNIER. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — De la lypémanie anxieuse, par METZGER. (*Thèse de Paris*, 26 déc.) — De l'aliénation mentale chez les vieillards, par GOUDAL. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Contribution à l'étude de la folie héréditaire, par C. DELPECH. (*Thèse de Montpellier*, n° 71.) — De la dipsomanie, par KIRN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.) — Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux, par CULLERRE. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Traitement de la manie aiguë par l'hyosciamine, par TH. EWART. (*Lancet*, 16 août.)

Alimentation. — Principes d'alimentation rationnelle, hygiénique et économique, par BONNEFOY. (In-12, Paris.) — De l'alimentation de l'enfant au point de vue physiologique, par LIEBIG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Sur la fuchsine employée pour colorer les boissons et les aliments, *Revue générale*, par S. CAPEZZUOLI. (*Lo Sperimentale*, août, p. 183.)

Amnios. — Un cas d'hydramnios aigu, avec des remarques sur la pathogénie de cette affection, par CH. M. GREEN. (*Boston med. Journal*, 7 août.)

Amygdale. — Sur les tumeurs malignes de l'amygdale, par V. COZZOLINO. (*Il morgagni*, juin, p. 371.) — Abcès chronique de l'amygdale, par GRYNFELTT. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 34.) — Abcès péri-amygdaliens. Incision hâtive, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier.*) — Un cas de péri-amygdalite suppurée survenue longtemps après l'excision d'une amygdale, par CHALOT. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 13.) — Chancre mou de l'amygdale droite, par THOMASCHEWSKY. (*Wien. med. Presse*, n° 34.) — Opération du carcinome de l'amygdale, par MIKULICZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3.)

Anatomie. — Leçon d'anatomie, par IDOLF PANSCH (1re partie). (Rachis et Thorax, *Berlin.*) — Eléments d'anatomie, de physiologie et d'embryogénie humaines, par ARNOLD BRASS. (*Leipsig.*) — Comment doit-on apprendre à enseigner l'anatomie, par WALDEYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37.) — Notes sur l'anatomie du nègre (3e mémoire), par GIACOMINI. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, août.)

Anémie. — Un cas d'anémie lymphatico-splénique, par M. LAPTCHINSKI. (*Vratch*, n° 45.) — Un cas d'anémie pernicieuse progressive chez un homme de 45 ans, par A. FRINITATSKI. (*Méd. Obosrénié*, n° 24.) — De la leucocythémie, par MARCY. (*Thèse de Paris*, 26 déc.)

Anesthésie. — Des anesthésiques dans l'antiquité, par DUTERTRE. (In-8°, *Paris.*) — De l'anesthésie en chirurgie oculaire, par PANAS. (*Union méd.*, 23 déc.) — Appareil médical pour l'anesthésie par les mélanges d'air et de chloroforme, par R. DUBOIS. (*C. rendus de la Soc. de Biol.*, n° 2, t. 1.) — Modification des milieux réfringents de l'œil et de la sécrétion lactée dans l'anesthésie chloroformique prolongée, par R. DUBOIS. (*C. rendus de la Soc. de Biol.*, n° 4, t. I.) — Application à l'homme de l'anesthésie chloroformique par les mélanges titrés, par PAUL BERT. (*C. R. de la soc. de Biol.*, n° 1, t. V.) — Des anesthésiques et de leur administration, par WOODHOUSE BRAINE. (*Med. soc. of London*, *Med. Times*, 29 nov.) — De l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression d'après la méthode de Bert, par GŒTZ. (*Bull. méd. Suisse romande*, fév., p. 75.) — Anesthésie du conduit auditif et du tympan par un jet d'acide carbonique, par GELLÉ. (*C. R. de la soc. de Biol.*, n° 17, t. I.) — De l'éthérisation par la voie rectale et de ses dangers, par HÉRON. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de mort par le chloroforme pendant une extraction de dents, par FRANCILLON. (*Rev. méd.*, *Suisse rom.*,

nov. 1883.) — Un cas de mort par le chloroforme, par W. Nechèle. (*Vratch*, n° 46.)

Anévrisme. — Des tumeurs anévrismales de la région temporale, par de Santi. (*Arch. gén. de méd.*, novembre et décembre.) — Traitement de l'anévrisme de l'aorte, par Schrötter. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 déc. 1883.) — Un cas d'anévrisme traumatique de l'artère axillaire, par P. Archanguélski. (*Méd. Novosti*, n° 2.) — Anévrisme traumatique jugulo-carotidien, par Bécour. (*Bull. méd. du Nord*, juillet.) — Anévrisme sacciforme de l'aorte thoracique descendante ouvert dans la bronche gauche, par Collings. (*Lancet*, 23 août.) — Anévrisme de la première portion de la crosse aortique, par Dyce Duckworth. (*Lancet*, 7 juin.) — Anévrisme sacciforme du tronc innominé, ligature simultanée de la carotide primitive et de l'axillaire; mort, par Bonn. May. (*Lancet*, 14 juin.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte; embolie de l'aorte abdominale; mort, par Dickinson. (*Lancet*, 30 août.) — Des anévrismes de l'aorte thoracique descendante, par Vallois. (*Thèse de Paris*, 18 déc.) — Anévrisme de l'artère sous-clavière droite, par Gerster. (*Med. News*, 13 déc., p. 660.) — Ligature de la sous-clavière pour un anévrisme diffus de ce vaisseau, par Cantelli. (*Giorn. di med. milit.*, sept.) — Anévrisme poplité guéri par la compression digitale, par de Renzi. (*Giorni d. med. milit.*, sept.) — Anévrisme de l'artère iliaque primitive droite ouvert dans la vessie, par W. Gem. (*Lancet*, 15 nov.) — Anévrisme poplité double; insuccès de la compression, ligature des fémorales; guérison, par Walsham. (*Med. Times*, 13 déc.)

Angine. — Angine ulcéreuse (épidémie de maison) liée à un état défectueux des égouts, par John W. Martin. (*Med. Press and circular.*, 14 mai.) — Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par Ollivier. (*Union méd.*, 25 oct.) — Deux cas d'angine de poitrine, par Covin. (*Gazz. ital. Prov. Venete*, n° 38.) — Du nitrite de potasse dans l'angine de poitrine, succès, par Taylor. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 déc.)

Angiome. — Deux cas d'angiome guéris par la compression et la galvanopuncture, par Ceccherelli. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 83.) — Angiome sous-cutané douloureux, névralgie trifaciale, par Terrillon. (*Progrès médical*, 29 nov.) — Sur une forme rare d'angiome du cuir chevelu, par Clemente Romano. (*Giorn. internaz. delle sci. med.*, fasc. III et IV.)

Anomalie. — Essai sur quelques anomalies viscérales et artérielles chez l'homme, par Princeteau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Note sur deux cas d'anomalie dans le trajet et la distribution de l'artère radiale, par Arthur Thomson. (*Journ. of anat. and physiol.*, XVIII, avril.) — Sur les anomalies artérielles, principalement des artères vertébrales, par A.-M. Paterson. (Ibid., XVIII, avril.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax par la compression, par Ashhurst. (*Philad. med. Times.*)

Anthropologie. — Etudes sur l'ethnologie indienne, par Mantegazza. (*Arch. per l'Anthropologia*, XIV, 2.)

Anus. — Maladies de l'anus et du rectum, par Cripps. (In-8°, *Londres.*) — De la colotomie, avec tableaux analytiques de 351 cas, par W. Ridgway. (*Am. Journ. of the med. sc.*, oct., p. 422.) — Imperforation du rectum, colotomie lombaire, par J. Packard. (*Am. Journ. of the med. sc.*, oct. p. 488.) — Imperforation anale, fistule recto-vaginale, par Briddon. (*Med. News*, 27 déc., p. 720.) — De la fistule anale, étiologie et traitement, par Francon. (*Thèse de Lyon.*) — De la dilatation forcée comme traitement de

la fissure à l'anus et des hémorroïdes, par TRINCHÉ. (*Thèse Montpellier*, n° 53.)

Artère. — Note sur deux cas d'artérite, par BRUNON. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Artérite aiguë généralisée rhumatismale. Trombose de l'artère humérale sans gangrène du membre et anévrisme vrai consécutif de l'artère axillaire, par LEGROUX. (*Société méd. des hôpitaux*, 5 nov.) — Du bruit sous-claviculaire, par FEDE. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Un cas de rétrécissement congénital de la crosse aortique, par HALE WHITE. (*Lancet*, 8 novembre.) — Ligatures dans la continuité des artères par le catgut, par CRAS (de Brest). (*Soc. de chir.*, p. 733.) — Section incomplète de l'artère et de la veine fémorales; ligature des deux vaisseaux dans la plaie; guérison, par PILCHER. (*Med. News*, p. 633, 6 déc.).

Articulation. — De l'arthrite tuberculeuse, par DUFOURG. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement des arthrites aiguës du genou, par RICHARD BARWELL. (*Lancet*, 7 juin.) — Emploi du cautère actuel suivi du pansement ouaté silicaté dans les arthrites graves et notamment dans l'arthrite grave du genou, par DUMAS. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 38.) — Antéflexion congénitale du genou droit, par J. KEITH ROBERTSON. (*Glasg. med. Journ.*, août, p. 118.) — Ankylose du coude guérie, par DORNBLUTH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33.) — Un appareil perfectionné pour l'extension progressive du genou dans les ankyloses angulaires, etc., par A. BIDDER. (*Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXI, p. 222.) — Traitement de l'ankylose angulaire du genou, par l'ostéotomie linéaire du fémur, par PENNEL. (*Thèse de Paris*, 26 déc.)

Asthme. — L'asthme des foins peut-il être guéri, par JUDKINS. (*New York med. Record*, sept., n° 10.) — L'asthme ou fièvre des foins, par RUSCONI. (*Gazz. d. Ospit.*, déc.) — L'asthme, la fièvre, le catarrhe des foins, par ELOY. (*Union médicale*, 20 sept.) — Un cas d'asthme bronchique avec urticaire concomitant, par FÉNYKOVY. (*Wien. med. Presse*, n° 49.)

Avortement. — Traitement de l'avortement, par W. SAWYER. (*Med. News*, p. 634, 6 déc.)

B

Bain. — Des bains d'air chaud, par D. DOUBÉLIRE. (*Méd. Obosrénie*, n° 20.)

Bassin. — Des tumeurs sanguines du bassin chez la femme, par SCHLESINGER. (*Soc. de méd. de Vienne*, 18 avril.) — Quadruple fracture verticale du bassin. Déchirure du canal de l'urètre à l'origine de la portion membraneuse, mort 16 jours après l'accident, par S.-H. SERRE. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 28.)

Bec-de-lièvre. — Traitement du bec-de-lièvre, par MONOD. (*Progrès méd.* 6 sept.)

Bile. — De l'acholie pigmentaire, par ALBERT ROBIN. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 9, t. I.) — Sur une modification de la bile en rapport avec la digestion gastrique, par G. GAGLIO. (*Lo sperimentale*, juillet, p. 22.) — Sur la formation des composés biliaires et sur la fonction émonctoire du foie, par D. BALDI. (*Lo sperimentale*, août, p. 154.) — Des cholagogues, par PASCHKIS. (*Wien. med. Jahrb. Heft* IV, p. 159.) — Fistule biliaire cutanée. Issue de nombreux calculs biliaires, par PASQUIER. (*Bull. méd. du Nord*, sept.)

Blennorragie. — Du rhumatisme blennorragique, par TOMMASOLI. (*Giorn. Ital. d. mal. ven.*, n° 5.) — Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorragique, par HERMET. (*Union méd.*, 25 déc.) — Du traitement de la cystite blennorragique du col de la vessie par les instillations de solution argentique, par CAZES. (*Th. Montpellier*, n° 49.)

Bouche. — Tumeur dermoïde du plancher buccal, par DARDIGNAC. (*Rev. de chir.*, août.)

Bronche. — Observation pour servir à l'étude du pronostic de la bronchite chez les bossus, par A. MARFAU. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.)

Brûlure. — Difformité de la main par rétraction cicatricielle, suite de brûlures (benzine), par POST. (*New York surg soc.; Med. News*, 15 nov.)

C

Cerveau. — Sillons artériels chez les primates et les microcéphales, par DANILLO. (*Arch. di psichiatria V*, n° 4.) — Localisations cérébrales; les centres de vision, par ZENNER. (*N. York med. Record*, n° 13.) — Sur l'épaisseur de l'écorce cérébrale chez l'homme, par CONTI. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, novembre-décembre.) — De l'influence des sutures et de la forme du crâne sur la direction des circonvolutions cérébrales, par ZUCKERKANDL. (*Wien med. Jahrb. Heft* III, p. 429.) — Relations de l'écorce cérébrale avec les nerfs optiques, par HAMILTON. (*Proceed. of the royal soc.* XXXVII, n° 232.) — De l'absence de la circonvolution de Broca, par ZUCKERKANDL. (*Wien. med. Jahrb. Heft* III, p. 443, 1883.) — Contribution à l'étude de la circulation cérébrale, par BERGESIO et MOSSO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars.) — Fascia dentata du grand hippocampe, par C. GIACOMINI. (*Arch. Ital. de Biologie*, V. fasc. III, p. 396.) — La locomotion de l'encéphale, par LABORDE. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 24, t. I.) — Des localisations cérébrales, par LANDOIS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28.) — Excitation mécanique des centres sensitivo-moteurs de l'écorce cérébrale, par LUCIANI. (*Medicina contemp.*, janvier.) — De la nutrition du cerveau, par MEYNERT. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 janvier.) — De la dépression cérébrale, par DROZDA. (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, t. XXVII.) — Note sur un cerveau d'amputé (Désarticulation du bras droit), par A. MOSSÉ. (*Gaz. hebd. Soc. de méd. Montpellier*, n° 24.) — Du mode de restauration des fonctions à la suite des lésions localisées du cerveau, par HORSLEY. (*Lancet*, 5 juillet.) — Le pouls lent bulbaire, par LONGUET. (*Union méd.*, 13 sept.) — Un cas particulier d'amnésie verbale (perte de la mémoire des noms), par BROADBENT. (*Lancet*, 14 juin.) — Plaie du cerveau, par coup de feu dans la tempe gauche; hémiplégie droite, névrite optique et épilepsie; extraction de la balle et des esquilles osseuses enfoncées; guérison, par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 7 juin.) — Contracture du membre gauche par compression du cerveau droit, par FENOGLIO. (*Arch. di psichiatria* V, n° 4.) — De l'hémianesthésie, par SEELIGMÜLLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.) — Un cas d'athétose, par J. WEISS. (*Wien. med. Presse*, n° 41.) — Hémorragie cérébrale ayant détruit le tiers postérieur de la couche optique et la région postérieure de la capsule interne; sensibilité affaiblie, par CHANTEMESSE. (*Soc. anat.*, 4 avril.). — Sur un cas de démence consécutive à l'oblitération du tronc basilaire, par MONDINO. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juin-juillet.) — Un cas de gliome du pont de Varole, par FRENCH

BANHAM. (*Lancet*, 4 octobre.) — Hémiplégie par suite d'un glioma telangiectodes du cerveau, par KOURTCHÉNINOFF. (*Vratch*, n° 51.) — Encéphalocèle volumineuse, par F. TALMER. (*Lancet*, 14 juin.) — Un cas de blessure du cerveau, par arme à feu, par P. FILATOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 23.)

Cervelet. — Plaie du cervelet par arme à feu, par THOMSON. (*Lancet*, 30 août.) Carcinome du cervelet avec squirrhe du poumon, par A. CANTANI. (*Il Morgagni*, août, p. 481.) — Un cas de tubercule du cervelet, par W. VOST. (*Glasg. med. journ.*, juillet, p. 18.)

Césarienne (Op.). — Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro, par DANCOURT. (In-8°, Paris.) — Trois cas d'opération césarienne, par ARNOTT. (*Edinb. med. j.*, p. 511, déc.) — L'opération de Porro, par JASSINSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 43.) — Du manuel opératoire de l'opération de Porro, par CORDES. (*Th. Montpellier*, n° 37.) — Bassin rachitique. Opération césarienne par la méthode de Porro. Enfant vivant. Mort de la mère, le sixième jour, par péritonite, par L. DUMAS. (*Montpellier méd.*, novembre.) — Opération césarienne dans un cas d'obturation complète du vagin après l'opération de la fistule vésico-vaginale, par N. WEINBAUM. (*Vratch*, n° 44.)

Chancre. — Traitement abortif du chancre mou, par HEBRA. (*Wien. med. Presse*, n° 14.) — Le virus des chancres et bubons vénériens non syphylitiques, par GIBIER. (*Gaz. des hôpit.*, 16 décembre.)

Charbon. — Du traitement de la pustule maligne, par BARBERINI. (*Raccoglitore med.*, n° 7.) — Six pustules malignes développées successivement en cinq jours sur le bras du même individu, par PICCOLI. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 757.)

Cheveux. — Un cas de changement périodique de la coloration des cheveux (sur une idiote), par C. REINHARD. (*Arch. f. pathol. An. u. Phys.* XC. Heft 2, p. 337.)

Choléra. — Le choléra depuis les temps antiques jusqu'à nos jours, par BÉNIN. (*Journ. d'hyg.*, 11 sept.) — L'épidémie de choléra en 1883 à Port-Saïd, par GILBERT KIRKER. (*Brit. med. journ.*, p. 854, nov.) — Le choléra asiatique à Suspension Bridge en 1854; ce que nous savons du choléra, par HAMILTON. (*New York Acad. of med.*, 6 nov.) — Extinction des épidémies cholériques à Fort-William, par DE RENZY. (*Lancet*, 13 décembre.) — L'épidémie cholérique en Italie, par KURZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41.) — Le choléra en Italie, en 1884, par ZUCCHI. (*Giorn. d. Soc. it. d'igiene*, n° 9.) — Étude sur le choléra de la Spezia, par CARAZZI. (*Gaz. med. prov. Venete*, n° 51.) — Le choléra à la Spezia, par PRATI. (*Riv. ital. di terapia*, nov.) — Quelques traits de l'histoire du choléra à Lille, de 1832 à 1864, par J. ARNOULD. (*Bulletin méd. du Nord*, octobre.) — Le choléra à Paris, en 1884, par W. BÉNEZINGRE. (*Méd. Obosrénié*, n° 23.) — Étude sur l'épidémie de choléra observée à l'hôpital d'Avignon, par E. BATTLE. (*Th. Montpellier*, n° 80.) — Des bactéries du choléra, par KOCH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45.) — Bacilles de choléra et choléra nostras, par HUEFFE. (*Deutsche med Woch*, n° 40.) — Le bacille virgule, par BARBEGGI. (*Gaz. d. ospitali*, n° 75.) — Même sujet, par GRASSI. (*Ibid.*, n° 77.) — Note sur l'inoculation des produits de culture du bacille virgule aux cobayes, par VAN ERMENGEN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, XVIII, n° 12.) — Le choléra et les théories microbiennes, par GRANEL. (*Gaz. hebd. sc. méd.*, *Montpellier*, n° 37). — Étiologie du choléra, par CECI et KLEBS. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 92.) — Du choléra, étude expérimentale, par PETRONE. (*Ibid.*, n° 93). — Le choléra asiatique est-il conta-

gieux, par CAMBRELIN. (In-8° *Bruxelles.*) — De la contagion du choléra, par CROCQ. (In-8° *Bruxelles.*) — Le choléra, comment il se développe au Bengale; l'épidémie actuelle, par ROUX. (In-8°, *Paris.*) — Contribution à l'étude étiologique du choléra, par GIBIER. (*Union médicale*, 13 novembre.) — Étude sur l'action du choléra selon les zones géologiques du sol, par DUCHÉ. (*Union médicale*, 21 octobre.) — Pathologie et thérapeutique du choléra, par DE LUCA. (*Rivista clin. e terap.*, octobre.) — Étude de thérapeutique générale à propos des indications à suivre dans la prophylaxie et le traitement du choléra, par DUBOUÉ. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct.) — Contribution à l'étude étiologique du choléra, par GIBIER. (*Gaz. des hôpit.* 30 oct.) — Leçons sur le choléra faites à la Faculté de médecine de Montpellier (juillet 1885) : 1° De la symptomatologie du choléra, par CASTAN; 2° Hygiène du choléra, par BERTIN; 3° Traitement du choléra, par GRASSET. (*Gaz. hebd. sc. méd.*, *Montp.* n°s 29 et 30.) — Relation d'un cas de choléra précédé d'une indigestion, par ESPAGNE. (*Gaz. hebd.*, *Montp.* n° 41.) — Histoire d'un cas de choléra, par CHIARADIA. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 814.) — Du choléra à Naples et des champignons trouvés chez les cholériques, par EMMERICH. (*Deusche med. Woch.*, n° 50.) — Pathogénie et prophylaxie du choléra, par FOSSION. (In-8°, *Bruxelles.*) — Notes sur le choléra, par DE GIOVANNI. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 39.) — Du choléra sur les navires, par NEUBAUER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40.) — Pathologie et traitement du choléra, par EICHHORST. (*Wien med. Presse*, n° 29.) — Traitement du choléra, par DORNBLUTH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29.) — L'entéroclisme dans le traitement du choléra, par PERLI. (*Arch. clin. ital.*, nov.) — Du traitement du choléra, par COSTELLI. (*Boll. d. sc. med.*, août.) — L'hydrothérapie dans le choléra, par VALSECCHI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 88.) — Traitement du choléra, par RODINI. (*Morgagni*, déc.) — Quelques propositions sur le traitement du choléra, par BOTTARI. (*Raccoglit. med.*, n° 8.) — Traitement du choléra dans l'Inde, par SCUDDER. (*N. York med. Record*, sept., n° 10.) — Sur les injections hypodermiques dans le choléra, par REALE. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 889.) — Traitement du choléra, par LEREBOULLET. (*Gaz. hebd.*, n° 35.) — La transfusion dans le traitement du choléra par MANNONI. (*Broch.*, *Rome.*) — De l'électricité statique comme agent préventif du choléra, par R. VIGOUROUX. (*Prog. méd.*, 17 juillet.) — Sur l'emploi des remèdes violents dans le traitement du choléra, par PÉCHOLIER. (*Gaz. hebd. sc. méd.*, *Montp.*, n° 33.) — Des injections hypodermiques d'eau de mer albumineuse chez les cholériques, par BOTTARD et VALLIN. (*Gaz. des hôpit.*, 29 nov.)

Chorée. — Obs. de chorée; mort avec symptômes de manie aiguë, par HEBB. (*Med. Times*, 29 nov.) — Chorée aiguë grave, par SINCLAIR. (*Lancet*, 29 nov.) — De la chorée chez les vieillards, par R. SAUNDBY. (*Lancet*, 29 nov.) — Hémi-chorée post hémiplégique, par EWART. (*Lancet*, 25 oct.)

Cicatrice. — Étude de la chéloide; sarcome chéloidiforme, par A. JACOBSON. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXX, p. 39.)

Cocaïne. — La cocaïne et ses sels, par MERCK. (*Klin. Monatsbl. f. Angenheilk.*, nov.) — La cocaïne, par BARATOUX. (*Prog. méd.*, 20 déc.) — De la cocaïne, par DININ. (*Union méd.*, 23 déc.) — Contribution à l'action du chlorhydrate de cocaïne, par BETTELHEIM. (*Wien. med. Presse*, n° 45.) — Deux observations sur les effets du chlorhydrate de cocaïne, par KLEINSCHMIDT. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 50.) — La cocaïne dans la chirurgie oculaire, par DE MAGRI et DENTI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 99). — De l'extrait de coca en ophtalmologie, par SOUS. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 déc.) — Le chlorhydrate de cocaïne, par DENEFFE et CLAEYS. (*Bul. de l'Acad. de méd. de Bel-*

gique, XVIII, 11 et 12.) — Quelques mots sur la cocaïne, par Bribosia. (*Ibid.*) — De la cocaïne en chirurgie oculaire, par Armaignac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 déc.) — Du chlorhydrate de cocaïne en oculistique, par Kœnigstein. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — De l'action physiologique de la cocaïne sur l'œil, par Höltzke. (*Klin. Monasthl. f. Augenheilk.*, déc.) — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne sur l'œil, par Reichenheim. (*Ibid.*) — De l'application locale de la cocaïne dans l'œil, par A. Weber. (*Ibid.*, déc.) — De l'anesthésie par la cocaïne dans l'amygdalotomie, par Lermoyez. (*Bul. gén. de thérap.*. 15 fév. 1885.) — Phtisie laryngée, dysphagie extrême, application locale de chlorhydrate de cocaïne, par Goodhart. (*Brit. med. journ.*, p. 1133, déc.) — Du chlorhydrate de cocaïne en gynécologie, par Hofmann. (*Wien. med. Presse*, n° 50.) — De la cocaïne dans la chirurgie des voies urinaires, par Ezra Bartlett. (*Med. News*, 31 janv. 1885.) — De la cocaïne comme anesthésique local (circoncision et cathétérisme), par Pritchard et Herschel. (*Lancet*, déc., p. 116.)

Cœur. — Fonction des oreillettes, par Lynde. (*N. York state med. Assoc.; Med. News*, 29 nov.) — Action du sang défibriné et de pressions intermittentes sur le cœur de la tortue, par Stevens et Lee. (*Studies from biol. laboratory*, III, n° 2.) — De l'aspiration propre du cœur, par Lefèvre. (*Th. de Lyon*, 20 déc.) — Sur le redoublement des bruits du cœur, par Stern. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXV, Heft 6.) — Bruit du cœur perçu à une distance de 20 cent., par Biach. (*Soc. de méd. de Vienne*, 4 mai 1882.) — Déviation du rythme cardiaque avec pouls lent et crises épileptiformes syncopales, par Guinand. (*Lyon méd.*, 28 déc.) — Nouvelle méthode pour faire l'épreuve hydrostatique des valvules mitrale et tricuspide, par A.-V. Meigs. (*Med. News*, 15 nov.) — De la faiblesse du cœur, par Seeligmüller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.) — Anomalie congénitale du cœur. Absence de l'une des valves de la valvule mitrale. Souffle systolique perçu avant la naissance, par E.-F. Cardell. (*Trans. of the Med. faculty of Maryland*, avril.) — Cyanose congénitale, rétrécissement de l'aorte pulmonaire, communication des deux ventricules et des deux oreillettes, par Ménétrier. (*Soc. anat.*, 21 mars.) — Étude du bruit du galop, par Charvet. (*Thèse de Lyon.*) — Palpitations, par Du Cazal. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.) — Sur quelques troubles nerveux du cœur, par Milner Fothergill, *Lancet*, 14 juin.) — Contribution à l'étude de l'endocardite septique, par A. Langovoï. (*Méd. Obosrénié*, n° 21.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde, par Aug. Cook. (*Lancet*, 18 oct.) — Endocardite ulcéreuse; embolies septiques dans tous les organes, mort. Deux cas de lymphangite infectieuse à la suite de piqûres anatomiques pendant l'autopsie, par Hendman. *Lancet*, 15 nov.) — Endocardite ulcéreuse, par Carrington. (*Med., Times*, 22 nov., p. 728.) — Affection mitrale ancienne suivie d'une endocardite ulcéreuse, par Magill. (*Br. med. journ.*, p. 1074, nov.) — Leçon sur les lésions valvulaires du cœur, par Milner Fothergill. (*Brit. med.*, p. 951, nov.) — Rétrécissement mitral d'origine congénitale, par Deschamps. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — De la fréquence et des causes de l'hypertrophie du cœur idopathique, à Munich, par Bollinger. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12.) — Obs. d'énorme dilatation du cœur donnant tous les signes d'un anévrisme aortique, par Newcomb. (*N. York. med. Record*, sept. n° 10.) — Rétrécissement congénital de l'orifice pulmonaire par soudure des valvules; persistance du trou de Botal, par Bury. (*Lancet*, 2 août.) — Congestion pulmonaire d'origine cardiaque, asphyxie imminente, saignée. Guérison rapide, par Brousse. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 39.) — Mort subite par rupture du cœur, par Champeil. (*Soc. anat.*, 21 mars.) — Deux cas de rupture spontanée du cœur, par Wilhers Green. (*Lancet*, 23 août.) — Plaie pénétrante

du péricarde par une balle de révolver ; péricardite ; bruit de moulin ; tintement métallique pleuropneumonie ; Mort au bout de 24 heures, par POLAILLON. (*Union méd.*, 18 nov.) — La caféine dans les maladies du cœur, par FRANZ RIEGEL. (*Wiesbaden.*) — Sur les médicaments cardiaques et surtout sur l'action de la saponine sur le cœur et son antagonisme avec les véritables toxiques du cœur, par G. RUMMO. (*Medicina contemp.*, février.)

Conjonctive. — Le xerosis de la conjonctive et les symptômes qui l'accompagnent, par KUSCHBERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21.) — Polype de la conjonctive (sarcome globo-cellulaire), par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*)

Coqueluche. — Traitement de la coqueluche, par W.-H.-O. SANKEY. (*Birmingham med. review*, fév.)

Cordon. — De l'implantation vélamenteuse du cordon ombilical, par HUGUES. (*Th. Montpellier*, n° 24.)

Cornée. — Considérations sur la pathogénie et la cure du ptérygion, par R. CASTALDI. (*Il Morgagni*, mars, p. 170.) — Sur quelques anomalies congénitales du cœur, par F. FERRARA. (*Il Morgagni*, janv., p. 49.) — Staphylomes cornéens, par FALCHI. (*Giorn., della R. Accad. di medicina di Torino*, août.) — La cautérisation ignée dans les maladies de la cornée, par R. DEL CASTILLO. (*La andalucia med.*, oct.)

Corps étranger. — Corps étranger de l'oreille, par NOQUET. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) — Ablation d'un morceau de fer du corps vitré au moyen d'une aiguille aimantée, par J.-J. CHILSOM. (*Trans. of the med. faculty of Maryland*, avril.) — Corps étrangers des voies aériennes, par SCHADERVALDT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48. — Corps étranger (pièce de 5 centimes) introduit dans l'œsophage d'un enfant de dix ans ; élimination par la voie naturelle après des tentatives d'extraction infructueuses, par CHALOT. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 15.) — Corps étranger (cuiller à thé de 15 centimètres de long) introduit dans l'estomac et évacué spontanément au bout de quinze mois par les voies naturelles, par DE LISLE. (*Lancet*, 27 sept.) — Observation de corps étranger dans la paume de la main, par MOTT. (*Bull. soc. chir.*, p. 16.) — Crayon retiré du pénis, par STIMSON ; crayon retiré de la vessie, par POST. (*N. York surg soc.; Med. News*, 15 nov.)

Crâne. — Deux cas de synostose prématurée des sutures crâniennes avec symptômes graves de compression cérébrale, par LEIDESDORF. (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 fév. 1883.) — Représentation des crânes au moyen de photographies composées, par ARTHUR THOMSON. (*Journ. of anat. and physiol.*, XIX, *oct.*) — Recherches expérimentales sur les fractures du crâne, par O. MESSERER. (*Munich.*) — Traitement des fractures de crâne compliquées, par GORTZ. (*Deutsche med. Woch*, n° 26.) — Fracture de la base du crâne ; encéphalite consécutive ; phénomènes ataxiques et aphasie ; guérison, par MOLONG. (*Lancet*, 22 nov.) — Quatre cas de fracture de la base du crâne, par BRYANT. (*Lancet*, 23 août.)

Crétinisme. — Cinq cas de crétinisme sporadique observés en Ecosse, par ROB KIRK. (*Lancet*, 23 août.)

Cristallin. — Contribution à l'étude anatomique et clinique de la cataracte de Morgagni, par FALCHI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août. — Des cataractes syphilitiques, par BOS. (*Th. de Bordeaux.*) — Des cataractes héréditaires et de leur transmission, principalement aux individus de même sexe que le sujet primitivement atteint, par CARRERAS ARAGO. (*La rev. di*

ciencias med., août.) — Luxation dans la chambre antérieure d'une cataracte calcaire, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, nov.) — De la luxation spontanée du cristallin causée par ectopie congénitale et du glaucome secondaire consécutif, par MANFREDI. (*Arch. per le sc. med.* VIII, n° 9.) — L'opération moderne de la cataracte, par CARTER. (In-8°, *Londres.*) — Extraction de la cataracte. Accidents tardifs, par DELACROIX. (*Union médicale du Nord-Est*, juin.)

D

Daltonisme. — Nouvelle méthode de détermination quantitative du sens chromatique, dissertation, par E. MIÉVILLE. (*Arch. d'ophtalm.*, IV, fasc. 5.) — Un nouvel appareil pour le diagnostic du daltonisme, par A. KÖNIG. (*Centralbt. f. pratkt. Augenheilk.*, décembre.)

Dent. — De l'inflammation de la pulpe dentaire et du traitement par l'arsenic, par BRANDT. (In-8°, *Bonn.*) — Deux cas de néoformation de dentine à la suite de la névralgie du trijumeau, par STOFFELL. (*Wienn. med. Presse*, n° 31.) — Prophylaxie de la carie dentaire, par H. SEWILL. (*Lancet*, 6 septembre.) — Recherches sur la constitution physique et chimique des dents à l'état de santé et de maladie, par V. GALIPPE. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 18, tome I.) — Sur l'existence de masses épithéliales dans le ligament alvéolo-dentaire chez l'homme adulte et à l'état normal, par MALASSEZ. (*Ibid.*, n° 16.) — Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, par MALASSEZ et GALIPPE. (*Ibid.*, n° 31.) — Les études odonto-techniques à l'Université de Berlin, par BUSCH. (*Deutche med. Woch.*, n° 52.)

Diabète. — Des diabétides gangréneuses, par GUÉHERY. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — De la glycosurie dans ses rapports avec les maladies cérébrales ou spinales et la démence paralytique, par ALLAN MACLANE HAMILTON. (*New York med. Journ.*, 5 juillet.) — De la glycosurie et des furoncles, par ROSENBACH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31.) — Diabète sucré et syphilis, par SCHEINMANN. (*Ibid.*, n° 40.) — Guérison du diabète sucré et insipide chez un nourrisson, par GARNERING. (*Ibid.*, n° 43.) — Traitement diabétique du diabète sucré, par GMELIN. (*Ibid.*, n° 43.)

Digestion. — Formation de l'urée pendant la digestion des aliments azotés, par E. QUINQUAUD. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 33, t. I.) — Des réactions des matières infectieuses sur les sucs de la digestion, par FRANK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.)

Diphtérie. — Contribution à l'étude étiologique de la diphtérie, par PROVOST. (*France médicale*, 9 août.) — Diphtérie et tuberculose des gallinacées, par CORNIL et MÉGNIN. (*Bull. Soc. de biol.*, 15 nov.) — Quatre cas de paralysie de l'accommodation consécutive à la diphtérie, par TWEEDY. (*Lancet*, 14 juin.) — Croup et diphtérie, par AUFRECHT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.) — Diphtérie et croup, par O. PENFOLD. (*Australian med. Journ.*, 15 avril.) — Un cas de croup chez une jeune fille de 10 ans. Trachéotomie. Mort, par W. BERRY. (*Med. press and circular*, 23 janv.) — Rapport sur 15 cas de trachéotomie dans le croup avec remarques sur le traitement consécutif, par W.-C. COCKS. (*Archives of pediatrics. New York*, *p.* 10.) — Trachéotomie. Lavements de peptone. Iodoforme. Guérison, par SHINGLETON

SMITH. (*Bristol med. chir. Journal*, mars.) — Note sur le traitement du croup, par DUNCAN TURNER. (*Australian med. Journal*, 15 mars.) — Le perchlorure de fer dans la diphtérie, par JACOBY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41.) — Traitement de la diphtérie, par TAENZERLES. (*Wien. med. Presse*, n° 34.) — Traitement de la diphtérie, par RENDU. (*Gaz. des hôpit.*, 11 décemb.) — Traitement de la diphtérie, par PAPPASISSIN. (*Soc. des médecins de Vienne*, 25 janv.) — Traitement de la diphtérie, par SCHULZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.)

Dysentérie. — Traitement de la dysentérie par de grands lavements de nitrate d'argent, par S. MACKENZIE. (*Clin. Soc.; Ned. Times*, 22 nov.)

E

Eau. — Note sur l'appréciation de la valeur des eaux potables à l'aide de la culture par la gélatine, par PROUST. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIII, n° 43.)

Eaux minérales. — Panticosa (Eaux minérales de), par A. ROTUREAU. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XX.) — Expériences comparatives sur l'action de l'eau de Kissingen, de Carlsbad sur l'estomac, par JAWOWSKI. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXV, Heft 2.) — Note sur l'emploi de la pulvérisation de l'eau du Mont-Dore en inhalations, par P. TERRIER. (*Gazette hebdomad.*, n° 39.) — Analyse de quelques eaux potables de Ravenne, par COCCONE. (*Giorn. di med. milit.*, nov.-déc.) — De l'utilité des sources ferrugineuses, par KLEIN. (*Wien. med. Presse*, n° 16.) — Modifications dans l'emploi des eaux minérales alcalines, par STERK. (*Ibid.*, n° 12.) — Les sources d'Obersalz-Brannen, par REIMER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19.)

Éclampsie. — Éclampsie puerpérale post partum sans albuminurie; manie consécutive, par BIMAR. (*Gaz. hebd. sciences méd. de Montpel.*, n° 34.)

Électricité. — De la valeur thérapeutique des courants continus dans les troubles du corps vitré, par BRANÈRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du microscope électrique, par GARTNER. (*Wien. med. Jahrb.*, Heft II, p. 217, 1884.) — Un nouveau galvanomètre absolu et quelques recherches faites avec ce galvanomètre, par EULENBURG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8.) — Des bains électriques, par SCHLEICHER. (*Wien. med. Presse*, n° 27.)

Embolie. — Des embolies graisseuses, par ROSWELL PARK. (*New York med. Journ.*, 16 août.)

Embryon. — Physiologie spéciale de l'embryon, par PREYER. (In-8°, *Leipzig.*) — Sur les vaisseaux de l'allantoïde du poulet, par M. DUVAL. (*Bull. de la Soc. de biol.*, 18 octobre.)

Empoisonnement. — Accidents causés par l'ingestion de moules, par E. MONOD. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, 25 janv.) — Un cas d'empoisonnement par des sardines à l'huile, par ADDINSELL. (*Lancet*, 27 septembre.) — La morphine et la morphiomanie, par M. NOTTA. (*Arch. gén. de méd.*, octobre et novembre.) — Empoisonnement par la solanum capsicum; enfant de 3 ans; guérison, par C. BAGE. (*Austral. med. Journ.*, p. 297.) — Un cas d'empoisonnement par le podophylle, par REYNOLDS. (*New York med. Record*, n° 13.) — Critique des recherches expérimentales sur les troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie produite par les vapeurs de charbon chez

la grenouille, par A. Montalti. (*Lo sperimentale*, septembre, p. 272.) — Empoisonnement par le chlorate de potasse, par Zillner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 février.) — Intoxication par le chlorate de potasse, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — Cas d'intoxication par l'iode, par Lorenz. (*Ibid.*, n° 45.) — Empoisonnement par les vapeurs d'acide nitrique, par Pott. (*Ibid.*, n° 29.) — Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique, par Blusson. (*Thèse de Paris*, 9 décembre.)

Enchondrome. — Enchondrome colossal de l'omoplate, par Dittel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 mars 1883.) — De l'enchondrome ostéoïde, par L. Estor. (*Thèse Montpellier*, n° 65.) — Enchondrome du fémur. Amputation de la cuisse. Récidive deux ans après. Reproduction de l'enchondrome dans le cœur et les poumons, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 11.)

Enfant. — Traité pratique des maladies des enfants, par Smith. (In-8°, *Londres.*) — Hygiène et prophylaxie des maladies de l'intestin chez les enfants du premier âge, par Aubert. (In-8°, *Paris.*) — Les gourmes infantiles, leur sémiologie, leur traitement par les tissus imperméables, par Descroizilles. (*Semaine méd.*, 18 déc.) — Des hyperthermies éphémères chez les jeunes enfants, par H. Read. (*New York med. Journ.*, 19 juillet.) — Un enfant mangeur de terre, par Cl. Dukes. (*Lancet*, 8 nov.) — Manie aiguë chez un enfant de 5 ans, guérison, par H. Greves. (*Lancet*, 8 nov.) — Cancer villeux du plexus choroïde chez un enfant de 3 ans, par H. Ashby. (*Med. Times*, 20 déc.) — Des cardiopathies chez l'enfant, par Eloy. (*Union médicale*, 4 novembre.) — Dilatation bronchique chez un enfant de 6 ans, pneumonie chronique, par Richardière. (*Soc. anat.*, 28 mars.) — De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par J. Comby. (*Arch. gén. de méd.*, août et septembre.) — Carcinome de l'estomac chez une enfant de 13 ans, par Norman Moore. (*Lancet*, 22 nov.) — Invagination intestinale chez un enfant de 4 mois, injection d'eau par l'anus; guérison, par Herbert Collier. (*Lancet*, 30 août.) — Atrophie jaune aiguë du foie chez un enfant de 7 ans, par Albert Venn. (*Lancet*, 2 août.) — Leucorrhée infantile, par Decroizilles. (*Arch. de tocol.*, août.) — Un cas d'ostéomalacie infantile, par C. Meigs Willson. (*New York med. Journ.*, 11 octobre.)

Épilepsie. — Sur l'acide phosphorique et le phosphore non complètement oxydé dans l'urine des épileptiques, par R. Lépine. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 30, tome I.) — Contribution à l'étude de l'épilepsie hémiplégique, par Moiroud. (*Th. inaug. Montpel.*, n° 50.) — De l'emploi combiné du chloral et de la digitale dans la période d'agitation de l'épilepsie et de la manie, par Vigné. (*Thèse Montpellier*, n° 79.) — Note sur le traitement de l'épilepsie (supériorité des bromures), par Mills. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 déc.) — Des bromures dans les névroses spécialement dans l'épilepsie, par Kuessner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.)

Érysipèle. — De la caractéristique de l'érysipèle, par Rosenthal. (*Wien. med. Presse*, n° 40.) — Du rhumatisme consécutif à l'érysipèle, par Auger. (*Th. Montpel.*, n° 57.) — Les nouveaux modes de traitement de l'érysipèle, par P. Morelli. (*Il Morgagni*, août, p. 499.)

Estomac. — De la pénétration du suc gastrique dans l'albumine coagulée séjournant dans l'estomac, par A. Herzen. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 15, tome I.) — De l'absorption du sucre et des albuminoïdes par l'estomac, par R. Meade Smith. (*Boston med. and surg. Journ.*, 9 octobre.) — De la valeur diagnostique des procédés cliniques employés pour recon-

naître l'acidité du suc gastrique, par DUJARDIN BEAUMETZ. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc.) — La dilatation gastrique et son rôle pathogénique. Revue critique, par MOSSÉ. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n° 45.) — Diagnostic et traitement du cancer, par DESCHAMPS. (*Thèse de Paris.*, 26 déc.) — De l'emploi des gaz dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, par W. JAWORSKI. (*D. Arch. f. klin. Med. Bd.* XXXV, Heft 1-2, p. 79.) — Le traitement de la dyspepsie par l'eau chaude, par SHEARDOWN. (*New York med. Record*, n° 21.)

Exanthème. — De l'érythème polymorphe, par DE MOLÈNES MAHON. (*Thèse de Paris*, 18 déc.) — Note sur trois cas d'érythème à diagnostic douteux, par BERBEZ. (*Progrès médical*, 15 nov.) — Etude sur l'histoire des fièvres éruptives avant le XVII° siècle, par LEVILLAIN. (In-8°, *Paris.*) — Observations de dermatite arsénicale, par J.-C. WHITE. (*Boston med. and surg. Journal*, 6 nov.) — Contribution à l'étude des éruptions iodiques, par C. PELLIZZARI. (*Lo sperimentale*, septembre, p. 233.) — Des exanthèmes iodoformiques, par NEISSER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.) — Des exanthèmes toxiques, par M. WEISS. (*Vien. med. Presse*, n° 23.) — Eruption eczémateuse provoquée par l'application d'une pommade à l'iodoforme chez un syphilitique, par FABRE. (*Gaz. méd.*, 18 octobre.)

F

Fièvre intermittente. — Classification nouvelle des fièvres palustres, par PELLEREAU. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Des rapports de la fièvre paludéenne, de la phtisie pulmonaire et de la fièvre typhoïde en général et en particulier à Rochefort, par JABIN-DUDOGNON. (*Th. Montpellier*, n° 26.) — De la fièvre intermittente à type biquotidien, par DUFOUR. (*Gaz. des hôpit.*, 9 oct.) — Cas rare de fièvre rémittente, par FÉNYKOVY. (*Wien. med. Presse* n° 31). — Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques, pa J. BESNIER. (*Union méd.*, 30 août.) — Cirrhoses paludo-alcooliques, par L. VÉRON. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Accidents chirurgicaux d'origine palustre; gangrène; hémorragie; spasme musculaire, par VERNEUIL. (*Gaz. hebd.*, n° 46.) — Sur un cas d'hémorragie dentaire d'origine paludéenne, par KIRMISSON. (*Gaz. hebd.*, n° 41.) — Contribution à l'étude du sulfate de berbérine contre les tumeurs spléniques et les fièvres par infection malarique, par A. ARZELA. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 24.) — Fièvre intermittente tierce; traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique, par DIEULAFOY. (*Bull. de la soc. méd. des Hôpitaux*, 22 oct.) — Observations comparatives sur l'effet de quelques succédanés de la quinine sur la fièvre palustre, par N. SNIÉCHKOFF. (*Méd. Obosr.*, n° 23.)

Fièvre jaune. — Etude sur une épidémie de fièvre jaune à bord des bâtiments de l'Etat (Sénégal, 1881), par GENEBRIAS DE BOISSE. (*Thèse de Paris*, 16 décembre.) — La fièvre jaune au Mexique, par CARMONA Y VALLE. (*Gaceta medica di Mexico.*) — Notes sur les cas de fièvre jaune à New-York, par DWIGHT. (*New York med. Record*, sept., n° 10.) — Le microbe de la fièvre jaune, par REBOURJEON et FREIRE. (*Bulletin Société de biologie*, 8 novembre.)

Fistule. — Sur la pathogénie des fistules ombilicales, par CASTEL. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Fistule stercorale guérie par la laparotomie avec entéro-

raphie consécutive, par HOMOKL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 3 janv.) — Contribution à l'étude des fistules pelvi-rectales supérieures et ischio-rectales, par PEYRET-DORTAIL. (*Th. Montpellier*, 38.) — Fistules inguinales doubles, urinaire et purulente, d'origine tuberculeuse, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, 27 déc.) — Traitement des fistules vésico-vaginales, par HERGOTT. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Nouvelle méthode opératoire pour les fistules recto-vaginales et vésico-vaginales, par D. NEWMAN. (*Glasg. med. Journ.*, juillet, p. 1.)

Foie. — Sur la présence des cellules de Bizzozero et des médullocèles dans le foie fœtal des mammifères, par LAULANIÉ. (*Bull. Soc. de biol.*, 8 nov.) — Diagnostic différentiel des maladies du foie et du système porte avec ascite, par CURSCHMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35.) — Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique, par MANDIBOURE. (*Trib. médicale*, 9 nov.) — Cancer secondaire du foie, par PICOT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 14 déc.) — Cirrhose hypertrophique terminée par suppuration, par SMIT. (*Wien. med. Presse*, n° 25.) — Carcinome médullaire de foie suppuré, par HEUSINGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.) — De l'hépatomégalie avec matité douloureuse du foie dans ses rapports avec l'hépatalgie, la gastralgie, la dyspepsie, par DUCO. (*Th. Montpellier*, n° 52.) — Un cas de foie mobile, par F. SCHWARZ. (*Soc. de méd. de Vienne*, 1er juin 1883.) — Traitement chirurgical des abcès du foie et en particulier du procédé par incision directe combiné avec les pansements antiseptiques, par LONG. (*Th. Montpellier*, n° 34.) — De la résection du foie, par CECCHERELLI. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, nov.-déc.)

Fracture. — Fracture de trois côtes par action musculaire, par UNDERHILL. (*Lancet*, 28 juin.) — Note sur 3 cas de fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées, par BOUILLY. (*Bull. soc. chir.*, p. 405.) — Contribution à l'étude des fractures du col du fémur, par DUFOUR. (*Gaz. des hôpit.*, 14 oct.) — Fracture extra-capsulaire du col du fémur, par HUTCHISON. (*Med. News*, 13 déc., p. 663.) — Fracture spontanée des deux cuisses (ostéoporose), par STIMSON. (*New York surg. soc.; Med. News*, 15 nov.) — Trois cas de fracture de la rotule, traités l'un par l'attelle postérieure, les deux autres par la suture métallique, par LYNCK et OGIER WARD. (*Lancet*, 1er novembre.) — Note pour servir à l'histoire des fractures du péroné, par ROUTIER. (*Progrès médical*, 11 oct.)

G

Gangrène. — Étiologie de la gangrène cachectique multiple de la peau, par EICHHOFF. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 47.) — Gangrène crurale, ligature artérielle, transplantations épidermiques. Stase globuleuse et embolie. Guérison, par J. TROUSSIÉVITCH. (*Méd. Wiestnik*, nos 45 à 48.) — Gangrène massive et symétrique des deux pieds, survenue spontanément chez un sujet atteint d'hydropisie ventriculaire et de périencéphalite chronique. Intégrité complète du cœur, des artères et des veines des membres inférieurs au-dessus des parties gangrenées ; altérations profondes des nerfs périphériques des deux jambes, par A. PITRES et L. VAILLARD. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 31, t. I.) — Gangrène traumatique du membre inférieur sans plaie ni fracture, par WEITZ. (*Berlin. klin. Woch*, 18 février.) — Gangrène traumatique du membre supérieur droit maintenue aseptique

et traitée avec succès par l'amputation du membre au 6e jour après l'accident ; guérison, par R. PARKER. (*Lancet*, 6 décembre.)

Gastrostomie. — Trois cas de gastrostomie, avec remarques, par TH. JONES. (*Lancet*, 7 août.) — Gastrostomie dans un cas de cancer de l'œsophage, par MACNAMARA. (*Lancet*, 2 août.) — Epithélioma de l'extrémité supérieure de l'œsophage et inférieure du pharynx ; difficulté progressive de la déglutition, menaces de mort par inanition, gastrostomie, mort après 52 heures sans phénomènes de péritonite mais avec des accidents cérébraux, par TERRILLON. (*Bull. Soc. chir.*, 1884, p. 273.) — Cancer de l'œsophage, gastrostomie, mort d'infection purulente quatre mois après l'opération, par BOY et BARROW. (*Brit. med.*, p. 1134, déc.) — Un cas de destruction tuberculeuse de l'œsophage, gastrostomie, mort, par A. ZÉLÉNKOFF. (*Vratch*, n° 48.)

Géographie méd. — Programme d'hygiène des Européens dans l'isthme de Panama, par GIRERD. (In 18°, *Paris.*)

Glaucome. — Étude sur le glaucome, par ARLT. (In 8°, *Vienne.*) — Du glaucome infantile et de sa transformation en glaucome d'adulte, par DEHENNE. (*Union médicale*, 16 septembre.)

Goût. — Étude histologique et physiologique sur l'organe du goût, par DRASCH. (In 8°, *Vienne.*)

Goutte. — De la goutte et des maladies oculaires causées par la goutte, par VELARDI. (*Boll. d'oculistica*, t. I, n° 6.)— Le mot « goutte », par COESFELD. *Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — Influence du travail cérébral sur le développement des attaques de goutte, par MORTIMER GRANVILLE. (*Lancet*, 16 août.) — Goutte vraie avec atrophie rénale dans l'intoxication saturnine, par PODELL. (*Deutsch med. Woch.*, n° 9.)

Greffe. — De la greffe préputiale, par CL. LUCAS. (*Lancet*, 4 octobre.) — Idem, par PUZEY. (*Lancet*, 18 octobre.)

Grossesse. — Les positions réciproques du fœtus dans la grossesse gémellaire, par A. SIPPEL. (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk.*, X, Heft 2.) — De la pulsation vaginale, comme signe de grossesse, par BORGHERINI. (*Gaz. ital. prov. Venete*, n° 50.) — Phlegmon de l'œil ; énucléation du globe sans influence sur la marche de la grossesse chez une femme enceinte de 7 mois, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 sept.) — Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer, par BLESSON. (*Thèse de Paris*, 9 déc.) — La grossesse tubaire, par J. VEIT. (*Stuttgart.*)

Gynécologie. — Compendium des maladies des femmes, par ROTHE. (In 8°, *Leipzig.*) — Manuel pratique des maladies des femmes et thérapeutique utérine, par JONES. (In 8°, *Londres.*)

H

Helminthe. — Observation sur la *filaria sanguinis* de l'homme en Egypte et expériences relatives à sa migration dans les moustiques et d'autres insectes hématophages, par SONSINO. (*Giorn della R. Accad. di medicina di*

Torino, août.) — Recherches sur le développement du bilharzia hœmatobia, par SONSINO. (*Ibid.*, *août.*) — De l'hémoptysie par le distome endémique, au Japon et à Formose, comparée à l'hématurie par la bilharzia endémique en Egypte et dans d'autres contrées africaines, par P. SONSINO. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 17.) — La filaire dans le sang de la caille, par MASSON. (*Lyon méd.*, 30 novembre.) — Douves, par L. HAHN et ED. LEFÈVRE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXX.) — L'anchylostomiase dans la province de Vérone, par BONUZZI. (*Gazz. med. It. Prov. Venete*, n° 36.) — Lésions produites par le strongle armé dans le foie d'un cheval, par MÉGNIN. (*Bull. Soc. de biol.*, 15 novembre.)

Hématome. — L'hématocèle, l'hémato-salpyngite et la théorie du reflux, par ALBERTS. (*Arch. f. Gynaek.*, XXIII, 3.) — De l'hématocèle pelvienne, par ALF. WILTSHIRE. (*Lancet*, 27 septembre.)

Hémoglobinurie. — Sur la pathogénie de l'hémoglobinurie *a frigore*, par G. ZENI. (*Il Morgagni*, avril, p. 248.) — Hémoglobinurie paroxystique causée par la marche, par KAST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52.)

Hémorragie. — De l'hémoptysie et de son traitement, par S. TAYLOR. (*Lancet*, 14 juin.) — Hémoptysie mortelle par ulcération tuberculeuse de la paroi bronchique ayant perforé un rameau volumineux de l'artère pulmonaire, par PERCY KIDD. (*Lancet*, 22 novembre.) — Un cas d'hémorragie puerpérale tardive, par G. THOMAS. (*New York med. journ.*, 6 septembre.)

Hémorroïdes. — Traitement de la fissure hémorroïdaire par le capsicum, par PAUZAT. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Injections d'acide phénique dans les hémorroïdes, par WASHBURN. (*Philad. med. Reporter*, 16 août.)

Hernie. — Petit traité sur les hernies, par FRANCO. (*Édit. moderne, Paris.*) — Sur les hernies, par BECK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXX, p. 466.) — Sur une variété de fausse réduction des hernies, par BERGER. (*Rev. de chir.*, octobre, décembre.) — Un cas de hernie diaphragmatique, par GUTTMANN. (*Deustche med. Woch.*, n° 14.) — Des rapports de la hernie diaphragmatique congénitale avec le développement du diaphragme, par WALDEYER. (*Ibid.*, n° 14.) — Rupture d'une cicatrice herniaire; issue de plus d'un mètre d'intestin grêle; réduction au bout d'une heure environ; guérison, par KEETLEY. (*Lancet*, 16 août.) — Un cas compliqué de hernie inguinale étranglée, par WEBBER. (*Lancet*, 29 novembre.) — Hernie inguinale droite contenant l'ovaire et la trompe de Fallope, ablation de l'ovaire et de la trompe, excision du sac, cure radicale, par C. LUCAS. (*Med. Times*, 13 décembre.) — Hernie crurale irréductible, cure radicale par l'excision du sac, réunion par première intention, par CLEMENT LUCAS. (*Med. Times*, 13 décembre.) — Sur la cure radicale des hernies abdominales et sur le traitement de l'épiplocèle étranglée, par C. CACCIOPPOLI. (*Il Morgagni*, septembre, p. 561.) — Cas rare de hernie ombilicale, par G. FERRERI. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 368.) — De la hernie vagino-péritonéale étranglée d'emblée chez l'adulte, par P. DUCLOUX. (*Gaz. heb. Montpellier*, n° 20.) — Hernie ombilicale étranglée. Herniotomie. Guérison, par SINGER. (*Wien. med. Presse*, n° 14.) — Cure radicale de la hernie ombilicale, par MITCH. ROOCROFT, (*Lancet*, 2 août.) — La bande élastique dans le traitement des hernies étranglées, par YAKOVLEFF. (*Vratch*, n° 44.) — De la cure radicale des hernies et du traitement de l'épiplocèle, par CACCIAPPOLI G. (*Il Morgagni.*) — Kélotomie antiseptique avec suture du péritoine, par A.-T. CABOT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 octobre.) — Hernie irréductible non étranglée, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpitaux*, 23 octobre.)

Herpès. — La fièvre herpétique considérée comme une maladie infectieuse, par FLESSING. (*Deust. Arch. f. klin Med.*, XXXIV, Heft 2.) — De quelques affections fébriles qu'on peut intituler fièvres herpétiques, par DESCROIZILLES. (*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, novembre.) — Un cas de dermatite bulleuse, herpétiforme, par L. DUHRING. (*New York med. Journ.*, 19 juillet.) — La dermatite herpétiforme et ses rapports avec l'impétigo herpétiforme, par L. DUHRING. (*Ann. Journ. of the med. sc.*, octobre, p. 391.) — Des rapports de la dermatite herpétiforme avec l'herpès de la grossesse et les autres formes de cette affection, par L. DUHRING. (*Med. News*, 22 nov.) — Sur un cas d'impétigo herpétiforme, par W.-E. BOARDMAN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 octobre.) — Herpès iris de la conjonctive de la muqueuse buccale et de la peau, par NEUMANN. (*Soc. de méd. de Vienne*, 15 mars 1883.)

Histologie. — De la lumière électrique dans l'enseignement de l'histologie, par S. STRICKER. (*Wien. med. Jahrb. Heft* 3, p. 463, 1883.)

Hydatide. — Kyste hydatique pédiculisé du foie, par VALUDE. (*Soc. anat.*, 9 mai.)—Quelques cas d'échinocoques, par HEUSNER. (*Deustche med. Woch.*, n° 49.) — Kystes hydatiques de la rate et du foie chez un enfant de 11 ans, par BOURDEL. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Observations d'échinocoques de la moelle épinière, par GALENO. (*Gazz. med. ital. Prov. Venete*, n° 42.)

Hydrothérapie. — Douche, par A. TARTIVEL. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XXX.) — Du refroidissement par le matelas d'eau, par QUINCKE. (*Deustche med. Woch.*, n° 18.)

Hygiène. — De l'état sanitaire en Bosnie et Herzégovine, par GLUCK. (*Wien. med. Presse*, n° 17.) — De l'assainissement des villes, par W. BENZINGRE. (*Brochure*, Moscou.) — Sur l'assainissement de la caserne du 28e de ligne à Elbeuf, au moyen de l'acide sulfureux, par AUBERT. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 octobre.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme, par GIORGIERI. (*Raccoglitore med.*, septembre.) — Contribution à l'étude de l'hypnotisme, par C. SALOMA. (*Medicina contemp.*, mars.) — Contracture dans la catalepsie hypnotique, par BRÉMAUD. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 2, t. 1.) — Production de l'hypnotisme, par BRÉMAUD. (*Ibid.*, n° 12.) — Des suggestions provoquées à l'état de veille, par BOTTEY. (*Ibid.*, n° 12.) — Sur l'état de fascination, par BRÉMAUD. (*Ibid.*, n° 12.) — Suggestion, par BERNHEIM. (*Ibid.*, n° 14.) — Abolition des suggestions à l'état de veille, par BRÉMAUD. Passage de la léthargie au somnambulisme. (*Ibid.*, n° 17.) — Note sur un critère de la sensibilité hypnotique; l'hypnoscope; une nouvelle méthode de diagnostic, par M. Y. OCHOROWICZ. (*Ibid.*, n° 20.)—Origine du mot magnétisme animal, par CH. RICHET. (*Ibid.*, n° 21.) — A propos de la suggestion mentale, par CH. RICHET. (*Ibid.*, n° 22.) — La suggestion magnétique, par BURQ. (*Ibid.*, n° 23.) — Sur l'idéoplastie; classification des faits, par Y. OCHOROWICZ. (*Ibid.*, n° 25.) — Indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Hallucinations bilatérales simultanées dans l'hypnotisme. Persistance à l'état de veille, par DUMONTPALLIER et E. BÉRILLON. (*Ibid.*, n° 25.) — Sur la suggestion mentale, par H. DE VARIGNY. (*Ibid.*, n° 24.)— Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques, par CH. FÉRÉ et A. BINET. (*Ibid.*, n° 27.) — De la suggestion dans l'état hypnotique, par BERNHEIM. (*Ibid.*, n° 31.) — Sur deux phénomènes produits pendant le somnambulisme provoqué, par BEAUNIS. (*Ibid.*, n° 31.) — De la suggestion sans hypnotisme, par RICHET. (*Ibid.*, n° 33) — Trois cas de guérison de troubles choréiques des mou-

vements de l'écriture obtenue par suggestion hypnotique, par BERNHEIM. (*Ibid.*, n° 33.)

Hystérie. — Étude sur deux cas d'hystéro-épilepsie, par BURGAT. (*Thèse de Lyon.*) — Sensibilité cutanée et sens musculaire chez les hystéro-épileptiques, par MAGNAN. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 9, t. 1.) — Hystérie chez l'homme, par FREC. SPENCER. (*New York med. Record*, n° 13.) — Hystérie chez les jeunes garçons, par DE CASAUBON. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Anorexie hystérique, par MARTEL. (*Bull. de la soc. de méd. des hôp.*, 22 octobre.) — Attaques hystériques ayant par leur nombre et leur durée simulé l'état de mal épileptique, par MARIE. (*Progrès médical*, 20 septembre.) — Des zones hystérogènes, par PITRES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 décembre.) — Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, par GRASSET. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 40 et suivants.) — De la douleur ovarienne ou iliaque dans l'hystérie, par LANDAU. (*Deutsche med. Woch*, n° 17.) — De l'hystérie chez l'homme, par MENDEL. (*Deutsche méd. Woch*, n° 16.) — Cécité hystérique monoculaire avec blépharospasme intense et mydriase. Guérison par impression morale, par G.-C. HARLAN. (*Med. News*, 29 novembre.) — Traitement des formes graves de l'hystérie et la neurasthémie, par BURKART. (In-8°, *Leipsig.*) — Paralysie hystérique, métalloscopie et métallothérapie interne, par GONDOUIN. (*Union médicale*, 7 octobre.) — De l'oöphorectomie dans l'hystérie, par G. WALTON. (*New York med. journ.*, 28 juin.)

I

Infection. — Des processus infectieux anormaux, par BORGHERINI. (*Gazz. med. it. Prov. Venete*, n° 37.) — Les données de Zopf sur les champignons sont-elles d'accord avec les nouvelles découvertes sur les matières infectieuses? par FLUGGE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — De l'emploi du vin dans les maladies infectieuses aiguës, par TAENZERLES. (*Wien. med. Presse*, n° 31.) — Des maladies infectieuses, par GAFFKY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29.)

Injection. — Accidents déterminés par une injection chlorofomique sous-muqueuse, par BLOCQ. (*Progrès Médical*, 22 novembre.) — Étude expérimentale et clinique sur le fer en injection hypodermique, par V. GAUTHIER. (*Medicina contemp.* sept.) — Atrophie des nerfs optiques traitée par des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, par DAVID MAC KEOWN. (*Brit. med. journ.*, p. 905, nov.)

Insolation. — Trois cas de coup de chaleur promptement mortels, par WILLIAMS. (*Lancet*, 26 juillet.) — Trois cas de coup de soleil avec hyperthermie, traitée avec succès par le bain froid, par DROYER. (*Lancet*, 26 juillet.)

Intestin. — Tumeur polypiforme de l'intestin grêle, par MÉNÉTRIER. (*Soc. anat.*, 21 mars.) — Rétention fécale, en particulier dans le cœcum, par J. HARLEY. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XI, p. 129.) — De la perforation et de la gangrène de l'intestin et de leurs relations respectives avec le collapsus par R. PARKER. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 février.) — Un cas de perforation de l'appendice iléocœcal, par FINLAY. (*Lancet*, 18 octobre.) — Un cas de résection d'un cancer pylorique. Mort, par

R. WINSLOW. (*Am. jour. of the med. sc.*, oct., p. 446.) — Études expérimentales sur la résection de l'intestin, par E. JENNING. (*Lancet*, 22 novembre.)

Iris. — Un cas d'iridodiastasis congénitale, par SINA. (*Boll. d'occulistica*, VI, n° 7.) — L'irido-sclérotomie, par PANAS. (*Arch. d'opht.*, nov.) — Iritis séreuse traitée avec succès par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, par THAU. (*Gaz. hebd. sc. méd. Mont.*, n° 15.) — Des tumeurs de l'iris consécutives au traumatisme, par MASSE. (*Montpellier médic.*, octobre.) — Anatomie pathologique du sarcome primitif de l'iris, par THALBERG. (*Archives of ophtalmology*, juin.)

K

Kyste. — Dégénérescence cancroïdale d'un kyste sébacé du cuir chevelu, par DELASSUS. (In 8°, *Lille*, 7 p.)

L

Lacrymal (app.). — Structure de l'os lacrymal de l'homme, par MACALISTER. (*Proc. of the royal Soc.*, XXXVII, n° 232.) — Concrétions parasitaires des canaux lacrymaux, par REUSS. (*Wien. med. Presse*, n° 7.) — Essai sur le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'ignipuncture, par MANHAVIALLE. (*Th. Montp.*, n° 29.)

Lait. — Des décompositions du lait et la physiologie des fermentations, par HUEPPE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.) — Le kéfir ou koumys du lait de vache, par C. ZBOROWSKI. (*Montpellier médical*, juin.) — Sur le mouillage du lait, par J. VILLE. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 19.)

Langue. — Organes foliés de la langue des singes, par BOULARD et PILLIET. (*Bull. Soc. de biol.*, 15 nov.) — Etude sur l'épithélioma de la langue, par TRÉDOS. (*Th. Montpellier*, n° 59.) — Des grenouillettes, par J. CHABERT. (*Th. Montpellier*, n° 55.) — Cancer de la langue ; ablation par l'anse galvano-caustique de la langue entière, de l'amygdale gauche et d'une partie du voile du palais ; récidive et mort deux mois après l'opération, par FRANKS. (*Lancet*, 28 juin.) — Trois cas d'épithélioma de la langue et du plancher de la bouche, par BAKER. (*Lancet*, 25 octobre.) — Du traitement du cancer de la langue, par LOISON. (*Thèse de Nancy*.)

Laparotomie. — Vingt-sept laparotomies, par SLAVIANSKY. (*Ann. de gyn.*, juillet.) — Observations sur la laparotomie, par ROKITANSKY. (*Wien. med. Presse*, n° 25.) — Note sur vingt-cinq cas de laparotomie, par E. MALINS. (*Lancet*, 1er novembre.) — Compte rendu de trente laparotomies, par A. D'ANTONA. (*Il Morgagni*, janvier, février.) — Ablation d'un sarcome rétro-rénal par la laparotomie. (*Boston med. and surg. Journal*, 23 octobre.) — Salpingite suppurée ; laparotomie ; guérison, par LEDIARD. (*Lancet*, 20 septembre.) — Vingt-huit cas de laparotomie, par EDW. MALINS. (*Lancet*, 14 juin.)

Larynx. — De l'innervation du larynx, par EXNER. (*Sitz. d. kais. Akad. der wis. zu Wien.*, LXXXIX, 1 et 2.) — Précis de laryngoscopie et des maladies du larynx, par W. NIKITIN. (*St-Pétersbourg.*) — De la laryngite catarrhale chronique, par G. HOLMES. (*Lancet*, 8 novembre.) — Laryngite aiguë, œdème de la glotte (de l'épiglotte), trachéotomie ; guérison, par F.-J. NECOMAN. (*Australian med. Journal*, 15 avril.) — Croup laryngé, par GREVES. (*Med. press. and circular.*, 6 fév.) — État actuel du traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire, par SCHNITZLER. (*Wien. med. Presse*, n° 15.) — Tuberculose du larynx chez un enfant de cinq ans, par VOLTOLINI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.) — Syphilis et tuberculose combinées du larynx, par IRSAI. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — Aphonia spastica, par RETHI. (*Wien. med. Presse*, n° 16.) — Un cas de laryngite spasmodique; mort, par A. MACPHEDRAN. (*Canada Practitioner. Toronto.*) — Paralysie unilatérale permanente des abducteurs laryngés, à la suite d'une embolie cérébrale, par BRYSON DELAVAN. (*New York med. Journ.*, 6 sept.) — Paralysie des cordes vocales, par RÉTHI. (*Wien. med. Presse*, n° 6.) — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche, en extrême abduction, à la suite d'une plaie du cou par instrument tranchant, par SOLIS COHEN. (*New York med. Journ.*, 26 juillet.) — Paralysie des cordes par anévrisme, par C.-E. BEAU. (*Norwestern lancet. St-Paul Minnesota*, 15 février.)—Périchondrite du larynx, par CARTER. (*Birmingham med. review.*, avril.) — Coquille de noix dans le larynx. Laryngotomie ; guérison, par E. VAN NOTE. (*Saint-Louis Courier of medicine*, p. 120.) — Expulsion sous l'influence de l'usage interne de la térébenthine d'une sangsue qui se trouvait dans la cavité du larynx, par P. SMOLITCHEFF. (*Vratch*, n° 45.) — Un cas d'ecchondrose du larynx, par M. ASCH. (*New York med. Journ.*, 30 août.) — Papillome inséré sur la face supérieure de la corde vocale inférieure gauche. Thyrotomie. Arrachement; guérison, par ST-H. SERRE. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 51.) — Papillome sur la corde vocale droite, par L. JURITT. (*Medical Bulletin Philadelphie.*) — Des kystes du larynx, par JURASZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Des blessures, par arme à feu, du larynx ; un cas où les cordes vocales étaient intéressées, par W.-H. DALY. (*New York med. Journ.*, 12 juillet.) — La canule à tampon de Trendelenburg, par ZBOROWSKI. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 48.) — De la laryngotomie inter cricothyroïdienne, par CASTAGNÉ. (*Thèse de Paris*, 18 déc.) — Laryngotomie ; guérison, par FRANK J. MACKINNON. (*Edinburgh med. Journal*, mars.) — Un cas d'extirpation du larynx, par MAYDL. (*Wien. med. Presse*, n° 12.) — Extirpation du larynx dans un cas d'épithélioma ; guérison, par TH. JONES. (*Lancet*, 2 août.)

Lèvre. — Un cas d'hypertrophie des glandes muqueuses des lèvres, par WILLISTON WRIGHT. (*New York med. Journ.*, 9 août.)

Lichen. — Deux cas de lichen planus avec distribution de l'éruption sur le trajet des nerfs cutanés, influence du système nerveux sur les éruptions, par STEPHEN MACKENZIE. (*Med. Times*, p. 760, 29 nov.)

Ligature. — Étude des modifications que subit le catgut phéniqué dans les tissus, par MERILLA. (*Lo Spallanzani*, nov. déc.)

Locomotion. — Les grandes marches à pied, par ASTEGIANO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier.) — Physiologie de la locomotion, par GIRAUD-TEULON. (*Gaz. hebd.*, n°s 46 et 7.) — De la poussée verticale que l'homme exerce sur le sol pendant ses mouvements, par CHABRY. (*C. Rendus de la Soc. de biol.* n° 24, t. I.)

Lupus. — Recherches expérimentales sur la nature de la lèpre et du lupu

par L.-M. Petrone. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 352.) — Recherches sur la nature du lupus vulgaire, par Leloir. (*Progrès médical*, 4 oct.) — Nouvel instrument pour la destruction des nodules isolés du lupus, par Malcolm Morris. (*Lancet*, 26 juillet.)

Luxation. — Luxation bilatérale de la 6e vertèbre cervicale sur la 7e, sans fracture du corps de la vertèbre. Réduction au bout de trente-huit heures ; mort le trente-cinquième jour, par J. Wiest. (*Am. Journ. of the med. sc.*, oct., p. 439.) — Luxation pathologique unilatérale droite en avant, de l'atlas sur l'axis. Ankylose complète des deux premières cervicales entre elles et de l'atlas avec l'occipital, par Grynfelt. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 40.) — Luxation sous-épineuse de l'humérus, réduction au 59e jour, par Ed. Michael. (*Med. News*, 6 déc.) — Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus, par Trélat. (*Gaz. des hôpit.*, 9 oct.) — De la subluxation spontanée du poignet en avant, par J. Félix. (*Thèse de Lyon*, 20 déc.) — Luxation du poignet en avant par cause directe. Irréductibilité, par Dieu. (*Bull. Soc. chir.*, p. 296.) — Luxation traumatique de la hanche ; impossibilité de réduire ; résection de la tête du fémur ; guérison, par Sydney Jones. (*Lancet*, 15 novembre.) — De quelques complications des luxations congénitales de la hanche, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 42.) — Appareil contentif pour les luxations latérales de la rotule, en vue de prévenir la récidive, par J. Pearson. (*Lancet*, 5 juillet.) — Luxation compliquée de l'astragale, par Stanm. Bishop. (*Lancet*, 4 octobre.)

Lymphatique. — Leçon sur la pathologie du système lymphatique, par Hare Philipson. (*Lancet*, 30 août.) — Note sur quelques observations de lymphangite du membre supérieur, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris.*) — Nouvelle méthode de pansement dans le traitement des bubons, par Janwsky. (*Wien. med. Presse*, n° 51.) — Tumeur variqueuse des ganglions et vaisseaux lymphatiques de l'aine droite, par Bousquet. (*Bull. Soc. chir.*, p. 375.) — Deux observations de lymphome malin, par Pitcher. (*Med. News*, 20 déc., p. 700.) — Lymphome leucémique, par Briddon. (*N. York surg. Soc.* ; *Med. News*, 20 déc.)

M

Main. — Doigt (anatomie, physiologie, difformités, pathologie, médecine opératoire), par Polaillon. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXX.) — Un doigt à ressort, par Romei. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 86.) — Doigts à ressort, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 19.) — Développement anormal de doigts et d'orteils surnuméraires dans cinq générations consécutives d'une même famille, par J. Muir. (*Glasg. med. Journ.*, p. 420.) — Panaris, par Polaillon. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.)

Mal de mer. — De l'acide bromhydrique et des bromures dans le mal de mer, par Reichert. (*Philad. neurolog. Soc.*, 22 déc.)

Malformation. — Quelques cas de malformation des organes génitaux externes, par J. Morgan. (*Lancet*, 1er novembre.) — Un cas d'hermaphrodisme faux, par Gérin Roze. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 décembre.) — Deux cas de pseudo-hermaphroditisme masculin externe, par W. Raspopoff. (*Vratch*, n° 50.)

Mamelle. — Kystes et tumeurs kystiques du sein, par Butlin. (*Lancet*,

12 juillet.) — Carcinome de la glande mammaire, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 23 oct.) — Cysto-sarcome de la mamelle avec productions perlées de nature épithéliale, par BENNO SCHMIDT. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIII, 1.)

Massage. — Du massage (technique, usage et action), par WERNER. (In-8°, *Berlin.*) — Le massage et ses applications dans les diverses branches de la pratique médicale, par ALBERT REIBMAYR. (2e édition augmentée, *Vienne.*)

Maxillaire. — Sur la question de l'os inter-maxillaire, par KÖLLIKER. (*Cent. f. Chir.*, n° 39.) — Des kystes osseux maxillaires, par PARONA. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juin-juillet.) — Extirpation d'un épulis pesant 5 onces 1/2, dix pouces de circonférence, par PIERSON. (*Med. News*, 22 nov.) — Ablation du maxillaire supérieur pour un volumineux ostéo-sarcome, par TILLAUX. (*Bull. soc. chir.*, p. 637.) — Résection des deux tiers de la mâchoire supérieure pour un enchondro-sarcome, par KIRMISSON. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1883, p. 798.) — Resserrement cicatriciel des mâchoires; guérison par création d'une pseudarthrose, par BASSINI. (*Gazz. med. ital. Prov. Venete*, n° 45.) — Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure; résection bilatérale; rétablissement des mouvements, par S. JONES. (*Lancet*, 9 août.)

Médecine (histoire). — Nicolas Leonicenus dans le domaine de la Syphilidologie, par SIGMUND PURJESZ SEN. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCV, H. 2, p. 273.) — Aperçus sur l'histoire de la médecine au Japon, par ARDOUIN. (In-8°, *Paris.*)

Médecine légale. — Atlas de médecine légale, par AD. LESSER. (3e livraison, *Berlin.*) — De la criminalité en France et en Italie; étude médico-légale, par BOURNET. (In-8°, *Paris.*) — Etude médico-légale sur un cas de parricide, par G. ZLINO. (*Il Morgagni*, août, p. 520.) — Double homicide et uxoricide imputé à G... C... (Rapport médico-légal), par VIRGILIO. (*Rivista sper. di fred. e di med. leg.* Fasc. I, 11.) — Peut-on diagnostiquer la mort par submersion, par BOUGIER. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.)

Médecine militaire. — Manuel pratique de médecine militaire, par AUDET. (In-18, *Paris.*) — Etudes statistiques et médicales sur le recrutement dans le département du Calvados. Rapport de Gustave Lagneau sur un travail de AUBERT. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIII, n° 33.) — Etudes statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne, par ANTONY. (*Union méd. et scient. du Nord-Est.*) — La pneumonie dans l'armée autrichienne de 1873 à 1882, par MYRDACZ. (*Wien. med. Presse*, n° 15.) — Quelques considérations sur la pathologie des troupes d'infanterie de marine en Nouvelle-Calédonie, par COUSYN. (*Paris*, 1883, 80.) — Relation médicale de la campagne de circumnavigation de la corvette royale Garibaldi (1879-82), par SANTINI. (*Giorn. di. med. mil.*, 1883.) — Du service en campagne, par ASPIRAÇÔES. (*Gaz. d. hop. mil. Lisbonne*, 1883. 171; 182; 197; 207.)

Médecine opératoire. — Précis de médecine opératoire, aide-mémoire de l'élève et du praticien, par LE BEC. (In-18, 468 p., *Paris.*)

Méninge. — Dure-mère; anatomie et physiologie, par J. AUBRY; pathologie, par LANCEREAUX. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXX.) — Pachyméningite hémorragique, par TOTHERICK. (*Lancet*, 19 juillet.) — De la méningite pneumonique, par H. BARTH. (*Union méd.*, 20 déc.)

Moelle. — Diagnostic des maladies de la moelle, par SCHUSTER. (2e édit.,

Berlin.) — De l'atrophie musculaire survenant dans le cours de la sclérose en plaques, par DAIMA. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Maladie simulant la sclérose en plaques, mais sans lésion à l'autopsie, par LANGER. (*Wien. med. Presse*, n° 22.) — Sclérose primitive des cordons de Goll, par CAMUSET. (*Progrès médical*, 6 décembre.) — Observations de cas anormaux de sclérose spinale postérieure, par E.-C. SEGUIN. (*Archives of medicine*, oct.) — Paralysie ascendante aiguë, par MARTYN CLARK. (*Lancet*, 20 décembre.) — Sur un cas de polyomyélite aiguë chez l'adulte, par VAN DUYN. (*Archives of medicine*, août.) — De quelques troubles trophiques et vaso-moteurs dans l'ataxie locomotrice, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebdom.*, n° 38, 1883.) — De quelques symptômes insolites de l'ataxie locomotive progressive, par E. GAUCH. (*Thèse Montpellier*, n° 63.) — Valeur diagnostique du signe de Westphal dans certaines formes insolites de maladies de la moelle, par JULIUS ALTHAUS. (*Lancet*, 12 juillet.) — Trois cas d'arthropathie ataxique, par M. BAKER. (*Clin. soc.; Med. Times*, 22 nov.) — De l'arthropathie tabétique, par HALE WHITE. (*Lancet*, 12 juillet.) — De la maladie de Charcot ou arthropathie des ataxiques, par PH. KIDD. (*Ibid.*) — La maladie de Charcot (arthropathie tabétique) : discussion à la Société clinique de Londres. (*Lancet*, 6 décembre.) — Paraplégie ataxique ou tabétique, par CATSARAS. (*France médicale*, 24 juillet.) — Carie de l'apophyse basilaire avec compression de la protubérance; paralysie faciale et des membres, par SUZANNE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 oct.) — Sur un cas non commun de tabes bulbaire primitif et sur les formes qui dévient du type décrit par Duchenne de Boul., sous le titre d'ataxie locomotrice progressive, par RUMMO. (*Medicina contempor.*, avril.) — Spasme clonique diffus symétrique d'origine spinale (Paramyoclonus multiplex de Friedreich), par G. SILVESTRINI. (*Medicina contemp.*, février.) — Deux cas de contusion de la moelle épinière, par BRYANT. (*Lancet*, 21 juin.) — Un cas de contusion de la moelle avec fracture probable des vertèbres cervicales; guérison, par TH. SMITH. *Lancet*, 13 décembre.) — Sur l'origine nerveuse ou musculaire de certains états spasmodiques des muscles volontaires (maladie de Thomsen), par SYDNEY RINGER. (*Lancet*, 1er novembre.) — La maladie de Thomsen, Revue générale, par L.-M. PETRONE. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 41.) — De l'état actuel de la thérapeutique des maladies chroniques de la moelle, par LÖWENFELD. (In-8°, *Munich.*)

Monstre. — Description d'un fœtus monstrueux : arrêt de développement de la tête et des membres supérieurs, par OLIVER WITHERS. (*Brit. med. Journ.*, p. 807, oct.)

Morve. — Morve farcineuse aiguë inoculée, par BÉCOUR. (*Bulletin médical du Nord*, novembre.)

Muscle. — De la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme, par BLOCH. (*Bull. Soc. de biol.*, 18 oct.) — Myosite ossifiante progressive, par E. SCHWARZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.) — Deltoïdite aiguë suppurée par surmenage, par A. GILBERT. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Cas d'hypertrophie musculaire vraie, par A. CANTANI. (*Il Morgagni*, avril, p. 210.) — Rupture musculaire. Epanchement fibrineux. Déformations consécutives, par PHOCAS. (*France méd.*, 25 sept.)

Mycose. — Un cas de mycose tonsillaire consécutive à une angine rhumatismale aiguë. Phénomènes de paralysie consécutifs. Pleuropneumonie; guérison. Apparition de l'hystérie, par S. SOLIS COHEN. (*Policlinic Philadelphia*, 1883-84, 1, p. 133.) — L'actinomyces de Harz et ses formes de développement, par KARSTEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — De l'actinomycose,

par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebdom.*, n° 21, 1884.) — Actinomycose de l'homme, par MIDDELDORPF. (*Deut. med. Woch*, n° 15.)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème, par JAMES ANDERSON. (*Lancet*, 1er novembre.)

N

Nerf. — Sympathique (nerf grand) (anatomie), par H. STRAUS. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIII). — Physiologie, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Ibid.*, t. XIV.) — Contribution à l'étude de la physiologie générale des nerfs et des muscles, par BIEDERMANN. (*Sitzungsb. d. k. Acad. der Wissensch. Wien.*, vol. LXXXIX, 132 fasc.) — Contribution à l'étude de la physiologie générale des nerfs et des muscles. Variation consécutive et positive du courant nerveux à la suite de l'excitation électrique, par HERING. (*Ibid.*) — Des anastomoses de l'hypoglosse avec les nerfs cervicaux : origine et rôle de la branche descendante, par E. WERTHEINER. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 35, t. I.) — Nerfs éjaculateurs, par CH. REMY. (*Ibid.*, n° 30.) — Du rôle de certaines influences dynamogéniques réflexes dans des cas de suture de nerfs récemment publiés, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, n° 26, t. I.) — De la segmentation des noyaux dans les fibres nerveuses consécutivement à la névrectomie, par TORRE. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, novembre-décembre.) — Des troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par instrument tranchant ; suture nerveuse, sa valeur, par GILIS. (In-8°, 68 pag., *Montpellier*.) — Étiologie générale des affections du système nerveux, par STRUMPELL. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Band XXXV, Heft 1 et 2, p. 1.) — Des névralgies du membre supérieur, par TURBERT. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Névralgie du trijumeau avec exophtalmie et paralysie de plusieurs nerfs crâniens (tumeur cérébrale), par BANHAM. (*Lancet*, 7 juin.) — D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement, par HÉLIE. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Sur une forme particulière de névralgie du maxillaire inférieur, guérie par la résection du bord alvéolaire, par DUPLAY. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Névralgie du trijumeau, accompagnée de troubles trophiques, par DEGHILAGE. (*Arch. méd. belges*, n° 4.) — Deux cas de névrectomie pour névralgies faciales, par FOWLER. (*New York med. Record*, n° 14.) — Névrite ascendante du radial par traumatisme ; guérison, par D'ANCONA. (*Gazz. med. ital. delle prov. venete*, n° 47.) — De la sciatique et des maladies congénères ; leur traitement par les eaux de Bath, par SPENDER. (*Lancet*, 21 juin.) — Des rapports de la sciatique traumatique avec les traumatismes de la hanche, par BETTON MASSEY. (*New York med. Journ.*, 19 juill.) — De la névrite multiple, par S. WEBBER. (*New York med. Journ.*, 29 juin.) — Des thermo-névroses, par CHERSCHEWSKY. (*Revue de médecine*, septembre.) — Thérapeutique générale des troubles fonctionnels du système nerveux, valeur comparée de l'action sédative de l'atropine et des bromiques, par SEMMOLA. (*Medicina contemp.*, février.)

Nez. — De l'appareil circulatoire dans la muqueuse nasale, par ZUCKERKANDL. (In-4°, *Vienne*.) — L'odorat au point de vue hygiénique et médical, par CLINTON WAGNER. (*The Aesculapian New York*, février.) — Considérations

générales sur le catarrhe naso-pharyngien, par F. Cornwall. (*California med. Journal*, mars.) — Des anomalies de position et de réfraction de l'œil à la suite des maladies du nez, par Bresgen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9.) — Catarrhe nasal épidémique, par C. Williamson. (*Kansas med. Journal.* — Emploi local du sulfate de morphine dans le coryza aigu, par H.-V. Bills. (*Physician and surgeon Michigan*, p. 103.) — Des hyperplasies de la muqueuse nasale, par Fraenkel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18.) — Eau chaude dans l'épistaxis, par N.-L. Guice. (*Mississipi Valley med. Monthly, Memphis.*) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Tédenat. (*Montpellier méd.*, fév.) — De l'extirpation des appareils érectiles du nez, par Hack. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28.) — Périchondrite séreuse de la cloison nasale, par Jurasz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.) — Contribution à l'étude du rhinosclérome, par Tommasoli (Observation douteuse, tubercules syphilitiques). (*Boll. d. sc. med. Bologna*, XIII.) — Deux cas de rhinosclérome, par Riehl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 janvier.) — Épithélioma du nez; traitement avec la pâte arsenicale; guérison sous les cataplasmes, par A.-H. Goelet. (*North Carolina med. journal.*) — Polype naso-pharyngien; résection du maxillaire supérieur gauche; récidive sous une forme très vasculaire; injections de liqueur de Piazza; ligature de la carotide primitive; érysipèle un mois après l'opération; hémorragies par la plaie carotidienne; mort dans le coma; à l'autopsie, tumeur vasculaire ayant érodé la fosse sphénoïdale et pénétré dans le crâne, par Verneuil. (*Bull. Soc. chir.*, p. 248 et 633.) — Polype naso-pharyngien; ablation par l'écraseur et le cautère actuel, après débridement du voile du palais et de la voûte palatine, par Walsham. (*Lancet*, 19 juillet.) — Des corps étrangers du nez et des concrétions calcaires, par Czarda. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 décembre.) — Un cas de rhinolithiase datant de 40 ans, par J. Bettman. (*New York med. journ.*, 26 juill.) — Observation très extraordinaire. Vers vivants dans le nez d'une dame, par P.-A. Schmitt. (*Texas Courier*, n° 8, p. 15.) — Géophile (scolopendre dans les cavités des fosses nasales, par Lessona. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, juin-juillet.) De la cure des nez déviés latéralement, par John Roberts. (*New York med. journ.*, 18 octobre.) — Redressement de la cloison cartilagineuse du nez par le forceps de Weir, par All. Dudley. (*Journal of the amer. med. association*, II, 29 mars.) — Résection temporaire du nez, par Terrillon. (*Bulletin Soc. chirurgie*, p. 38.) — Restauration autoplastique complète de l'aile du nez, par Polaillon. (*Bull. Soc. chir.*, p. 435.) — Remarques historiques sur le traitement galvano-caustique appliqué à la muqueuse nasale, par Hartmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38.) — Des procédés recommandés pour le lavage de l'arrière-cavité des fosses nasales et spécialement des douches nasales, par Shondorff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12.) — Inhalateur nasal perfectionné, par W. Mac Neill Whistler. (*Med. Press and circular.*, 16 avril.)

Nouveau-nés. — Une variété de tumeur cervicale chez les nouveau-nés, par Blachez. (*Société médicale des hôpitaux*, 26 novembre.) — Rapport de la commission nommée par la XII° Diète des médecins allemands pour étudier la question de l'alimentation des nourrissons. (*Leipzig.*) — Le procédé de Le Bon dans six cas de mort apparente des nouveau-nés, par D. Nikolski. (*Vratch*, n° 46.)

O

Obstétrique. — Compte rendu de la clinique et de la polyclinique obstétricales de Greifswald, par BENNER et PEIPER. (*Arch. f. Gynæk.*, Band XXIII, Heft 1 et 3.)

Occlusion intestinale. — Des ormes d'obstruction intestinale qui peuvent suivre la réduction d'une hernie étranglée, par TREVES. (*Lancet*, 7 juin.) — Obstruction intestinale. Anus contre nature. Mort au bout de trois semaines. Volvulus causé par une bride péritonéale, par MARSAN. (*Progrès médical*, 25 octobre.) — Expériences sur l'invagination intestinale, par NOTHNAGEL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 nov. 1883.) — Étranglement interne par anneaux péritéonaux, par BROUSSE. (*Gaz. hebd. de Montpell.*, n° 4.) — Laparotomie dans l'occlusion intestinale, par OBOLINSKY. (*Wien. med. Presse*, n° 48.) — Laparotomie pour l'occlusion intestinale, par L. MEDINI. (*Boll. d. sc. med.*, oct.-nov.) — Occlusion intestinale. Entérotomie. Anus contre nature. Au bout de dix-huit mois, invagination du gros intestin, prolapsus et étranglement dans l'anus contre nature, par AFFOLDI. (*Wien. med. Presse*, n° 25.)

Œil. — Du développement de l'œil, par KÖNIGSTEIN (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 nov.) — Les points oculiformes chez les êtres unicellulaires, par POUCHET. (*Bull. Soc. de biol.*, 25 octobre.) — Un phosphène électrique normal, par C. EMERY. (*Arch. ital. de biol.*, t. V, fasc. 3, p. 325.) — Éducation du sens de la vue chez une aveugle-née opérée à l'âge de 16 ans, par GAYET. (*Soc. d'anthrop.*, t. III.) — Sur l'inertie de l'appareil rétinien et ses variations suivant la couleur excitatrice, par AUG. CHARPENTIER. (*Acad. des sciences*, 8 déc.) — Oculistique et ophtalmoscopie, par HERMANN SCHMIDT-RIMPLER. (*Brunswick.*) — Traité d'oculistique, par JULIUS MICHEL. (*Wiesbaden.*) — Modification au procédé d'examen de l'équilibre des muscles droits et lois du rapport de l'âge avec la convergence oculaire, par REYMOND. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, février.) — La règle à dioptries pour le choix des lunettes, par COHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44.) — Un périmètre autométrique et auto-enregistreur, par ALBERTOTTI (avec une planche lithographiée). (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, déc.) — Un nouveau pupillomètre (compas ordinaire, muni d'un petit curseur gradué), par WORMS. (*Ibid.*, décembre.) — Nouvel instrument pour mesurer l'insuffisance des muscles adducteurs du globe oculaire, par FERRÉ. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, février.) — De la réfraction dans l'œil humain pendant les cinq premières années de la vie, par HORSTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41.) — De l'influence des troubles de réfraction dans les affections de la conjonctive, de la cornée et de l'iris, par FITZGERALD. (*Brit. med. journ.*, p. 1011, novembre.) — De l'héméralopie observée chez les soldats de l'armée de Cuba, par GRANIZO. (*La Gac. de san. milit.*, août.) — Sur un cas de contraction des muscles droits internes avec myosis, par MILLINGEN. (*Union médicale*, 14 septemb.) — Microphtalmie congénitale, par FALCHI. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, février.) — Strabisme supérieur de l'œil gauche d'origine traumatique, par CHEVALIER. (*Journ. de méd. de Bord.*, 28 septembre.) — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique, par MUSSO. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 787.) — De la prophylaxie de l'ophtalmie des

nouveau-nés, par H. Garrigues. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, octobre, p. 443.) — L'état actuel de la science sur l'ophtalmie des nouveau-nés, par Königstein. (*Wien. med. Presse*, n° 31.) — Études bactériologiques sur la conjonctivite purulente, par Widmark. (*Hygiea*, juin.) — De l'ophtalmie virulente, par Abadie. (*Progrès médical*, 6 décembre.) — L'ophtalmie des nouveau-nés dans le grand-duché de Mecklenbourg-Schwerin, par Schatz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Des instillations prophylactiques de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, par Ahlfeld. (*Ibid.*, n° 3.) — Le jéquirity. Effets physiologiques et applications thérapeutiques, par Théron. (*Th. Montp.*, n° 39.) — Dernières observations sur le jéquirity, par Knapp. (*Archives of ophtalmology*, juin.) — Ophtalmoplégie externe progressive, par Birdsall. (*New York med. journ.*, 28 juin.) — Essais sur l'atrophie papillaire et son traitement spécialement par les courants continus, par J. Descays. (*Th. Montp.*, n° 27.) — Larves de mouches développées dans le sac conjonctival. Destruction partielle du globe oculaire, par Richard et Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 38.) — Deux cas de corps étrangers du globe oculaire; extraction tardive, suivie de guérison, par Landesberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, novembre.) — Tumeur mélanique développée sur un moignon d'inoculation de l'œil, généralisation, par Hartmann. (*Soc. anat.*, 28 mars.) — De l'emploi du cautère dans la thérapeutique oculaire, par Edwyn Andrew. (*Brit. med. journ.*, p. 903, novembre.) — De la pilocarpine dans la thérapeutique oculaire, par Lejour. (*Thèse de Paris*, 16 décembre.) — Le sublimé en oculistique, par Pernice. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 83.)

Œsophage. — Contribution à l'anatomie de l'œsophage, par Laimer. (*Wien. med. Jahrb.*, Heft 3, p. 333, 1883.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage; perforation de la trachée, par Berbès. (*Soc. anat.*, 25 avril.) — Œsophagotomie pour l'extirpation de corps étrangers; guérison, par Lean Leroy. (*N. York med. Record*, n° 11.)

Orbite. — Périostite suppurée de l'orbite, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montp.*, n° 32.) — Du phlegmon de l'orbite, par Lagrange. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 septembre.)

Oreille. — Classification anatomique des surdités au point de vue de la physiologie et de la pathogénie, par Cozzolino. (Congrès de Bâle; *Rev. mens. de laryng.*, 1er décembre.) — Des effets du bruit sur certaines formes de surdité, par G. Hawley. (*New York med. journ.*, 5 juill.) — De la maladie de Ménière, par Eckart. (In-8°, *Bâle.*) — Solutions concentrées de carbonate de soude appliquées sous forme de douche nasale quotidienne, dans les affections catarrhales de l'oreille moyenne, par Newetson. (Congrès de Bâle; *Rev. mens. de laryngol.*, 1er décembre.) — Des bacilles tuberculeux dans l'oreille, par Voltolini. (*Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 2.) — Inflammation des cellules mastoïdes et traitement de l'otorrhée par les poudres sèches, par Ch. Warden. (*Br. med. journ.*, p. 960, novembre.) — Traitement de l'otorrhée par la solution de sublimé, par Eitelberg. (*Wien. med. Presse*, n° 33.) — Un cas illustrant l'action de l'acide borique, par Pomeroy. (*The Planet*, juillet 1883.) — Un cas d'affection syphilitique du labyrinthe avec bromisme, par David Webster. (*The Planet*, 15 avril 1883.) — Des maladies chirurgicales de l'oreille, par Schwartze. (In-8°, *Stuttgart.*)

Oreillon. — Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne, par Tédenat. (*Montpell. méd.*, septembre.)

Organismes. — Micro-organismes et maladie, par Klein. (In-12, *Londres.*)

— Des parasites animaux de l'homme, par Brass. (In-8°, *Cassel.*) — Origine et action fermentescible des bactéries, par Wigand. (In-8°, *Marbourg.*) — Observation sur le processus par première intention avec la présence des micro-organismes, par Ceci. (*Giorn. di clinica e terapia, Messina*, 1883, fasc. 1.) — Sur la stérilisation des liquides au moyen de la marmite de Papin, par Heydenreich. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 16, t. Ier.) — Étude de divers micro-organismes à l'aide de solutions alcalines, par Degagny. (*Ibid.*, n° 26, t. Ier.) — Recherches sur les bactéries du sang humain, par G. von Hoffmann. (*Berlin.*) — De l'isolement des micro-organismes de l'air, par Hesse. (*Deutsche med. Woch.*, n° 2. — Sur la non existence des micro-organismes dans le sang des rubéoleux et les micro-organismes de la broncho-pneumonie dans quelques maladies infectieuses, par G. Lombroso. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 360.) — Des micro-organismes dans les maladies infectieuses de l'homme, par Rosenbach. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Du sort des cocci de l'ostéomyélite dans l'organisme, par Ribbert. (*Ibid.*, n° 42.) — Des bactéries de la cavité buccale, par Milles. (*Ibid.*, n° 48.) — Observation de chylurie causée par des bacilles avec expériences de culture à l'appui, par Albert Wilson. (*Brit. med. journ.*, p. 1128, décembre.)

Os. — Du pouvoir ostéogène de la moelle osseuse, par P. Hyvernat. (*Thèse de Lyon*, 26 nov.) — Description d'un temporal anormal, par Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 1.) — De la trépanation dans les ostéites douloureuses du tibia, par Séraphinof. (*Thèse de Paris*, 10 déc.) — Sur deux formes d'ostéomyélite infectieuse, malarienne et spontanée. (*Rivista clin. e terapia*, octobre.) — De l'ostéo-périostite hémorragique, par E. Abeille. (*Th. Montpellier*, n° 40.) — Perforations tuberculeuses du sternum ; ostéites tuberculeuses multiples, par Broca. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Des ostéo-arthrites tuberculeuses dans les articulations des membres, par A. Simon. (*Th. Montpellier*, n° 59.) — Séquestre probablement tuberculeux du frontal, par Broca. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Ostéoporose de l'extrémité inférieure du tibia, par Antonio Ceci. (*Boll. della Soc. med. chir.* 1883.) — Exostose éburnée du frontal, par Badal. (*Annales d'oculistique*, juillet-août.) — Des myxomes des os, par E. Tédenat. (*Montpel. méd.*, décembre.) — Deux cas de sarcome ostéo périostique, par Denucé. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Ostéoclasie manuelle dans une fracture double mal consolidée du fémur, par Gayraud. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, 2.) — De l'ostéotomie dans le genu valgum, par Macewen. (*Lancet*, 27 septembre.) — Le redressement brusque et l'ostéotomie comparés aux autres modes de traitement du genu valgum, par R. Clemente. (*Il Morgagni*, mars, p. 179.) — Le redressement brusque et l'ostéotomie comparés aux autres moyens de traitement du genu valgum, par Romano. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 743.)

Ovaire. — Preuves expérimentales de la migration externe des ovules, par Bruzzi. (Thèse de concours ; *Ann. di ostetricia*, août-sept.) — Observations chimiques et pathologiques sur les tumeurs de l'ovaire, par Doran. (In-8°, *Londres.*) — Ovarite suppurée ; abcès enkysté de l'ovaire gauche ; tuberculose pulmonaire ; mort rapide, par Letulle. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Cas de sarcome de l'ovaire droit et de l'épiploon, par C. Spadaro. (*Il Morgagni*, juin, p. 365.) — Sur la guérison spontanée d'un kyste de l'ovaire, par Ant. Turretta, (*Giorn. internaz. delle sc. med.*, anno VI.) — Kyste ovarique guéri par une seule ponction, par Singer. (*Wien. med. Presse*, n° 43.) — Kystes dermoïdes de l'ovaire (2 cas), par J. Unter. (*New York med. journ.*, 12 juillet.) — Un cas de kyste intraligamenteux à large base dans la moitié droite du petit bassin. Ovariotomie incom-

plète, par A. Bompiani. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 374.) — Deux cas d'extirpation des ovaires, par Rabagliati. (*Lancet*, 20 décembre.) — Kyste ovarique droit. Ovariotomie; guérison, par Hartmann. (*Union médicale*, 11 décembre.) — Fibromyome de l'ovaire; ovariotomie; guérison, par Terrier. (*Union médicale*, 23 octobre.) — Un cas d'ovariotomie dans la pratique villageoise, par T. Hagen-Thorn. (*Méd. Obosrénié*, n° 23.) — Kyste ovarique multiloculaire suppuré. État cachectique. Ovariotomie; guérison, par Terrier. (*Union médicale*, 9 octobre.) — Kyste ovarique avec néoformation papillomateuse; ovariotomie sans anesthésie; guérison, par Nasi. (*Lo Spallanzani*, décembre.)

P

Palais. — De l'urano-staphylorraphie et de ses résultats, par Bellier. (*Thèse de Paris*, 5 déc.) — Uranoplastie, par Trélat. (*Gaz. des hôpit.*, 28 oct.) — Nouveau mode de fixation du crochet palatin de Voltolini, par Bensch. (*Monatschrift für Ohrenh.*, n° 5.)

Pancréas. — Pancréas (anatomie, physiologie, pathologie), par X. Arnozan. (*Dict. encycl. des sc. méd.*), 2e série, t. XX.) — Insuffisance mitrale, hémorragie dans le pancréas, rupture de l'artère splénique; mort rapide, par Vigot. (*Union médicale*, 6 nov.) — Déformation très marquée des membres inférieurs consécutive à la paralysie infantile, par Baaz. (*Wien. med. Presse*, n° 15.)

Pansement. — Pansement, par J. Chauvel et H. Bousquet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.) — Guide du traitement antiseptique des plaies d'après le procédé en usage à la clinique de Billroth, par Von Hacker. (*Vienne.*) — Dernières recherches sur la coagulation intravasculaire antiseptique, par Gosselin. (*Acad. des sciences*, 8 déc.) — De la chirurgie antiseptique moderne, par F. Fuller. (*Am. Journ. of the med. sc.*, octobre, p. 469.) — De la conduite à tenir pour le traitement antiseptique des plaies, par Hacker. (In-8°, *Vienne.*) — De la réunion immédiate, par E. Pech. (*Th. Montpellier*, n° 47.) — Du sublimé comme antiseptique dans les pansements chirurgicaux, par Lister. (*Lancet*, 25 octobre.) — L'oxyde de zinc substitué à l'iodoforme, par Petersen. (*Deust. med. Woch.*, n° 25, 1883.) — Sur l'action antiseptique du sous-nitrate de bismuth employé en médecine, par Jolyet et Bergonié. (*Journ. de méd. de Bord.*, 16 nov.) — Pansement à la cellulose, par de Fischer. (*Wien med. Presse*, n° 8.) — Pansement à la laine des bois par Kummelle. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35.) — Valeur du pansement de Lister pour les plaies contuses, par Enrique de Areilza y Arregui. (*Thèse de Bilbao.*)

Paralysie. — Paralysie, par Du Cazal. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.) — Essai sur les pseudo-paralysies générales, par Blache. (*Thèse de Lyon.*)

Parotide. — Du squirrhe atrophique de la parotide, par Michaux. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Pathologie. — Eléments de pathologie chirurgicale générale, par F. Terrier. (Fasc. I, in-8°, *Paris.*) — Leçons de clinique chirurgicale, par Ch. Monod. (In-8°, *Paris.*) — Clinique et critique chirurgicales, par Reclus. (In-8°,

Paris.) — Leçons de clinique médicale, par JACCOUD. (In-8°, *Paris.*) — Propédeutique clinique. Manuel d'examen clinique, par BOTHO SCHEUBE. (*Leipzig.*) — Eléments de médecine pratique, par CARTER. (3e édition, *Londres.*)

Paupière. — Ectropion cicatriciel consécutif à une pustule charbonneuse. Greffe dermique et blépharorrhaphie. Considérations opératoires, par COURSSERANT. (*France méd.*, 12 août.)

Peau. — Sur l'influence du système nerveux dans quelques affections cutanées, par BUONOMO. (*Il Morgagni*, juin, p. 346.) — Sur la pathogénie de quelques dermatoses, par L.-M. PETRONE. (*Lo Sperimentale*, oct., p. 356.) — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par HILLAIRET et GAUCHER. (Tome I, *Paris.*) — Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra, par L. BROCQ. (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août.) — Du jéquirity et de son usage dans les affections cutanées, par SHŒMALLER. (*Lancet*, 2 août.) — De l'oléate de cuivre, et de son emploi dans 500 cas de maladies parasitaires de la peau, par WEIR. (*New York med. Journ.*, 30 août.)

Pénis. — La circoncision chez les juifs, par W. PORTOUGALOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 23.) — Epithélioma du pénis; extirpation complète de la verge avec déplacement de l'orifice uréthral dans le périnée; guérison, par CH. PUZEY. (*Lancet*, 22 novembre.) — Du phymosis dans les affections vénériennes, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 12.)

Périnée. — De la compression du périnée qui résulte de l'exercice du vélocipède, par STRATHAN. (*Lancet*, 20 septembre.) — Des lipomes du périnée envisagés particulièrement chez les enfants, par JUDA. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Contribution à l'étude de la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par PASSARINI. (*Th. Montpellier.*) — De la restauration du périnée, par SCHMIDTMANN. (*Arch. f. Gynäk. Band* XXIII, Heft 3.) — Rupture complète du périnée pendant l'accouchement, par T. KIRKWOOD. (*Glasg. med. Journ.*, sept., p. 204.) — Étude nouvelle sur le périnéorrhaphie, par LERICHE. (*Ann. de gynécol.*, août.)

Péritoine. — Sur la pathologie du péritoine. Revue générale, par A. MAFFUCCI. (*Il Morgagni*, février, p. 123.) — Sur la péritonite chronique simple. Revue générale, par L.-M. PETRONE. (*Lo Sperimentale*, septembre, p. 276.) — Du cancer du péritoine, par ATKINSON. (*Archives of medicine*, août.) — De la péritonite puerpérale, par FRÆNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14.)

Pharmacologie. — Du permanganate de potasse, son action, son usage, par R. BARTHOLOW. (*Med. News*, 22 nov.) — De l'action pharmacologique des sels de lithium, par NIKANOSOFF. (*Archives de Botkin*, VIII, p. 1.) — Décomposition des solutions de nitrate d'argent, par FRÖLICH. (*Wien. med. Presse*, n° 37.) — Du seigle ergoté comme prophylactique contre les troubles auditifs que suscitent l'acide salicylique et la quinine, par FRIEDMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 29.) — Du chlorate de potasse, étude de pharmacologie et de toxicologie, par V. MERING. (Broch., *Berlin.*) — Étude sur la digitale, par BONCENNE. (*Th. pharm., Montpellier.*) — Action physiologique de la digitale, par S. NICKLES. (*Am. Journ. of the med. sc.*, octobre, p. 410.) — Sur la pureté chimique et l'activité physiologique de la digitaline, par LABORDE. (*Bull. Soc. de biol.*, 8 nov.) — Action de la cinchonidine et de la cinchonine sur la circulation des mammifères supérieurs, au moment où ces alcoïdes produisent leurs effets convulsivants, par BOCHEFONTAINE. (*Ibid.*,

n° 26, t. I.) — De l'action du curare, par ONIMUS. (*Ibid.*, n° 20, t. I.) — Spectre d'absorption produit par le chlorydrate de kairine sur le sang, par QUINQUAUD. (*Ibid.*, n° 19.) — Note sur l'action physiologique de la kairine, par BROUARDEL et PAUL LOYE. (*Ibid.*, n° 18, t. I.) — Des propriétés du chlorhydrate de kairine, par CONSCIENCE. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Colchicine, par NOUDÉ. (*C. Rendus de la Soc. de biol.*, n° 14, t. I.) — De la puissance inhibitrice et de la puissance convulsivante de l'acide carbonique, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, n° 33, t. I.) — Action de la paraldéhyde, par QUINQUAUD. (*Ibid.*, n° 14.) — Paraldéhyde, par CH. ELOY. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.) — Papaïne, par E. LABBÉE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XX.) — De l'action physiologique de l'apo-atropine, par MARCACCI. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, avril-mai.) — De l'irritation cutanée produite chez certains malades par l'application topique de la vaseline, par MAYO ROBSON. (*Lancet*, 8 novembre.) — Action sur le cœur des tortues du phénol, de l'atropine, de la convallarine, par BEYER. (*Studies from. biol. laborat.*, III, n° 2.) — Action du camphre, de la caféine et de l'alcool sur le cœur, par MAKI. (In-8°, *Strasbourg.*)

Pharynx. — Pharyngite papillaire (granuleuse), par L.-E. MAIRE. (*Detroit Lancet*, février) — Un cas d'affection tuberculeuse du pharynx, par A. KAZANSKI. (*Méd. Pribavl. R. morsk.*, *Sbornikou*, déc.) — Transformation de la pince de Cohen pour les opérations dans le pharynx nasal et buccal et le larynx, etc., par CH. E. SAJOUS. (*Philadelphia med. surg. reporter*, n° 14, 5 avril.)

Physiologie. — Étude de physiologie cellulaire, par BRASS. (In-8°, *Halle.*) — Revue des travaux étrangers de physiologie en 1883, par L. MOROCHOVITZ. (*Méd. Obosrénié*, n° 22.)

Pied. — Remarques sur la mécanique du pied et l'hygiène de la chaussure, par ELLIS. (*Lancet*, 21 juin.) — Orteil à marteau, par BLUM. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Fibrome fasciculé sous-aponévrotique du dos du pied, par MOREAU. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, XVIII, 12.) — Des déformations douloureuses du pied par impotence musculaire, par THORENS. (*Union méd.*, 26 oct.) — Sur le pied varus-équin congénital, par C. ROMANO. (*Giorn. internaz. delle sc. med.*, III.) — Pied plat valgus par impotence musculaire, avec manifestations douloureuses et inflammatoires au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.) — Du pied plat, par PASINI. (*Raccoglit. med.*, n° 17.) — Du pied plat, par LORENZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 juin 1883.) — Les nouvelles recherches sur le pied plat, par ALBERT. (*Wien. med. Presse*, n° 1.) — De l'opération de l'ongle incarné, par C. EMMERT. (*Centralbl. f. chir.*, n° 39, p. 641.) — Traitement de l'ongle incarné, par SCHLEMTENDAL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41.) — Opération de l'ongle incarné, par PETERSEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.) — De l'ongle incarné, par HILDEBRANDT. (*Ibid.*, n° 6.)

Placenta. — Dégénérescence kystique du chorion, par BORDEN. (*Med. News*, 20 déc., p. 703.) — Polype placentaire simulant une affection maligne de l'utérus, par BAER. (*Med. News*, 13 déc., p. 668.)

Plaie. — Les microorganismes dans les complications infectieuses des plaies, par F.-J. ROSENBACH. (*Berlin.*) — D'une complication particulière des plaies observée en Cochinchine, par DREVON. (*Th. Montpellier*, n° 44.) — Des apparences extérieures des blessures par pistolet, par D.-B.-N. FISH. (*Boston med. and surg. Journal*, 2 octobre.) — Arrachements dans les établissements industriels, par GUERMONPREZ. (*Arch. gén. de méd.*, juin

et juillet.) — Plaie par arme à feu, par SMITH. (*Wien. med. Presse*, n° 15.) — Considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure de rat suivie d'intoxication ayant déterminé des accidents nerveux simulant l'hydrophobie, et l'apparition d'un purpura à forme intermittente, par MILLOT CARPENTIER. (*Union méd.*, 27 déc.)

Plèvre. — De l'influence de la rétractilité du tissu pulmonaire sur la pleurésie et le pneumo-thorax, par F. DONALDSON. (*Trans. of. the med. of. Maryland*, avril.) — De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes, par BARBE. (*Thèse de Paris*, 30 déc.) — Observations de pleurésie purulente, par LUZZATTO. (*Gazz. med. ital. Prov. Veneto*, n° 49.) — De la thoracentèse suivie de cautérisations ponctuées dans la pleurésie franche, par DELAYE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Humbles réflexions à propos du traitement des pleurésies, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 30 sept.) — Traitement de divers pleurétiques, par LE GENDRE. (*Union médicale* 22 novembre.) — Paracentèse de la poitrine. Nouvel aspirateur : description d'un bistouri adapté spécialement à l'opération de l'empyème, par JOHN WARD COUSINS. (*Brit. med. Journ.*, p. 902, nov.) — Du traitement de la pleurésie par les pointes de feu, par GOURICHON. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la pleurésie purulente et en particulier de la pleurotomie, par L. PARÈS. (*Th. Montpellier*, n° 72.) — Pleurésie purulente d'emblée. Empyème; guérison rapide, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Contribution à la chirurgie de la poitrine, par BLAIR BROWN. (*Edinb. med. Journ.*, p. 489, déc.)

Poumon. — Des anastomoses des artères pulmonaires chez l'homme, par ZUCKERKANDL. (*Sitzungsb. der k. Akademie der Wissensch. Wien.*, vol. LXXXVII, t. IV et V.) — Sur l'élasticité pulmonaire, par LABORDE. (*C. Rendus de la Soc. de biol.*, n° 24, t. I.) — De l'emploi de l'aspirateur dans l'hydrothorax, par FERGUSON. (*Med. News*, p. 605, 29 nov.) — Deux cas d'absence congénitale du poumon gauche, par THEREMIN. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, déc.) — La pathologie de la broncho-pneumonie, par DELAFIELD. (*Med. News*, 15 nov.) — Hémoptysie mortelle par ulcération bronchique perforant l'artère pulmonaire, par KIDD. (*Med. Times*, 22 nov., p. 728.) — Pathologie de l'emphysème pulmonaire, par MAC VAIL. (*Brit. med. J.*, p. 951, nov.) — Sur le processus régénérateur dans le poumon, le foie et les reins, par A. PETRONE. (*Il Morgagni*, janvier, p. 39.) — De la nature de la pneumonie, par HARDY. (*Union médicale*, 21 décembre.) — La pneumonie comme maladie infectieuse, par TEDESCHI. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 754.) — De la pneumonie croupale, par FRESA. (*Giorn. di med. mil.*, oct.) — Note sur la pathologie de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, avec un résumé de 85 cas, par R. CATON. (*Lancet*, 26 juillet.) — Des températures basses dans la pneumonie, par JANEWAY. (*New York med. Journ.*, 19 juillet.) — Variations horaires diurnes et nocturnes de la température dans la pneumonie, par HENRY. (*Thèse de Nancy.*) — Alcoolisme, pneumonie gauche suppurée, méningite, par BRUNON. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — De la pneumonie typhoïde chez le vieillard, par DERMONT. (*Th. Montp.*, n° 81.) — De la paraplégie dans la pneumonie, par J. BOURGUET. (*Th. Montpellier*, n° 43.) — Pneumonie grave ; convalescence; embolies multiples (probablement consécutives à des thromboses des veines pulmonaires), par PYE SMITH et PORTER. (*Lancet*, 27 décembre.) — Du traitement de l'emphysème en général et spécialement par le respirateur élastique, par LE LANDAIS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le traitement de la pneumonie fibrineuse, par PUCCI (*Il Morgagni*, sept.) — Considérations cliniques sur les émissions sanguines dans les pneumonies aiguës et les fluxions de poitrine de nature catarrhale, par SAUSSOL. (*Gaz. hebd. méd.*, *Montp.*, n° 35.) — Traitement

de la pneumonie fibrineuse, par P. Pucci. (*Il Morgagni*, juillet, p. 417.) — Du traitement médical des vomiques, par Trastour. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août.) — De l'action résolutive du calomel à dose très réfractée dans le traitement de la pneumonie, par Dr. de Chapois. (*Bull. gén. de thérap.* 30 juillet.) — Carcinome encéphaloïde primitif du poumon, par Suckling. (*Lancet*, 13 décembre.) — Pneumocèle congénial, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 17.) — Écrasement du thorax ; fractures multiples de côtes avec déchirure du poumon, pneumothorax à gauche par rupture de la bronche gauche, par Broca. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Coup de feu à travers la poitrine. Pyopneumothorax. Cavité multiloculaire. Empyème; guérison, par Lemoine. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Plaie du poumon. Hémo-pneumo-thorax. Thoracentèse. Pleurotomie, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 sept.) — De la chirurgie du poumon, par Albert. (*Wien. med. Presse*, n° 27.)

Prostate. — Tumeur cancéreuse de la prostate, par Reginald Harrison. (*Lancet*, 20 septembre.) — Cautérisation thermo-galvanique de la prostate, par Bottini. (*Medicina contempor.*, janv.) — Tumeur de la prostate. Rétrécissement du canal et tuberculose primitive des organes génito-urinaires, par Ferrier. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 déc.)

Psychose. — Agoraphobie, par Prosser White. (*Lancet*, 27 déc.)

Ptomaine. — Sur les poisons du cadavre frais ou putréfié, Revue, par Pellacani. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. I-II.) — Des poisons chimiques qui apparaissent dans les matières organiques en voie de décomposition et des maladies qu'ils peuvent provoquer. Revue critique, par Netter. (*Arch. gén. de méd.*, juin, juillet et octobre.) — Des ptomaines ou alcaloïdes cadavériques, par Œffinger. (In-8°, *Wiesbade.*) — Des ptomaines, par Brieger. (In-8°, *Berlin.*)

Puerpéralité. — Principes de pathologie et de thérapeutique de l'état puerpéral, par Heinrich Fritsch. (*Stuttgart.*) — Fièvre puerpérale; embolie cérébrale; mort, par Neve. (*Lancet*, 19 juillet.) — De l'emploi des insufflations de poudre d'iodoforme dans la cavité utérine, comme traitement de la septicémie puerpérale, par Boardman. (*The Boston med. and surg. Journal*, 11 sept.) — Observations cliniques sur les lavages intra-utérins avec le sublimé dans l'infection puerpérale, par Giglis. (*Ann. di Ostet.*, août-sept.) — L'iodoforme dans l'état puerpéral et en gynécologie, par Manciati. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 94.) — De la prophylaxie de l'état puerpéral, par J. Tarnovski. (*Vratch*, n° 49.)

Q

Quinine. — Contribution à la production de la fièvre ictéro-hématurique par la quinine, par Tomaselli. (*Riv. clin. e. terap.*, juillet. — L'hémoglobinurie de la quinine, par V. Cervello. (*Med. contemp.*, mars.) — Des désordres permanents consécutifs à l'emploi de la quinine et de l'acide salicylique, par Schwabach. (*Deutsche med. Woch*, n° 11.) — La résine de quinquina de Montpellier, par Garrigues. (*Th. pharm.*, *Montp.*) — Du borate de quinine amorphe, par Finkler et Prior. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.) — De

l'importance de l'introduction de la quinine par les voies intestinales et de l'entéroclisme pour son absorption, par GAROFALO. (*Morgagni*, n° 11.)

R

Rachis. — Du rachis dans la série des animaux vertébrés, par A. LAVOCAT. (*Acad. des sciences*, 22 déc.) — Un cas de spina bifida guéri par la ligature élastique, par VALERANI. (*Ann. di ostetricia*, août-sept.) — Sur quelques cas d'atrophie musculaire par les tumeurs malignes de la colonne vertébrale, par SENÉ. (*Th. de Paris*, 23 déc.) — Deux cas de compression de la moelle par le cancer vertébral, par H. SIMON. (*Deutsche med. Woch*, n° 23.) — Paraplégie douloureuse par carcinome des vertèbres, par CAPOZZI. (*Med. contemp.*, avril.) — Un cas de résection de la colonne vertébrale, par MAYDL. (*Wien. med. Presse*, n° 42.)

Rage. — Un cas d'hydrophobie, par B. KOSTYLEFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 24.) — Sur la rage et son traitement, par GIBIER. (*Bull. soc. de biol.*, 25 oct.) — Transmission et modification du virus hydrophobique, note expérimentale, par LUSSANA. (*Med. contemp.*, sept.) — Morsure grave de la face, par un chien enragé; début de la rage au 45e jour, par HAMMOND. (*Lancet*, 14 juin.) — Note sur la rage et particulièrement sur l'incubation, les formes larvées et le pronostic, par WALLET. (*Th. de Paris*, 19 déc.) — Note sur un cas de rage humaine (incubation de seize mois et demi), par DE BEURMANN. (*Rev. de méd.*, 10 août.)

Rate. — Les suites de l'extirpation de la rate, par MOSLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22.)

Rectum. — Pathologie, diagnostic et traitement des maladies du rectum et de l'anus, par KELSEY. (In-8°, *New York*.) — Cure radicale d'un prolapsus de la muqueuse rectale, par G. MOLDANI. (*Lo sperimentale*, sept., p. 269.) — Note sur deux cas d'adénome du rectum, l'un sessile, l'autre pédiculé, par POZZI. (*Bull. soc. chir.*, n° 559.) — Cancer du rectum. Colotomie lombaire, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpit.*, 6 nov.) — De la dérivation complète au cours des matières intestinales appliquée au traitement des cancers du rectum, par LAGUAITE. (*Th. de Lyon*.) — Note sur les symptômes de pseudo-métrite, liée à une affection du rectum, par POZZI. (*Ann. de Gyn.*, nov.)

Réflexe. — Excitabilité réflexe sous forme de crampes saltatoires, par KOLLMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.) — Recherches expérimentales sur le phénomène du genou, par FEILCHENFELD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26.)

Rein. — Traité de la maladie de Bright, par MILLARD. (In-8°, *Londres*.) — Diagnostic des maladies du rein, par J. WOLFF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Matériaux pour la doctrine de l'albuminurie, de la glomérulonéphrite et de la maladie de Bright, par A. DOCHMAN. (*Kazan*.) — Contribution à l'anatomie pathologique des reins, par EUGEN BOSTROEM. (1er fascicule, *Fribourg en Brisgau*.) — Néphrite interstitielle, hypertrophie du cœur, par L. THOINOT. (*Soc. anat.*, 25 avril.) — Un cas de néphrite parenchymateuse aiguë après une varicelle, par A. NEVSKI. (*Vratch*, n° 46.) — Artério sclérose et néphrite interstitielle considérées dans leurs rapports, par PINEAU, (*Th. de Paris*, 20 déc.) — Des modifications endothéliales dans la néphrite aiguë, par NAUWERCK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — Contribution à l'é-

tude des relations étiologiques entre la néphrite interstitielle et l'artérite oblitérante des artérioles, par LEMCKE. (*D. Arch. f. klin. Med*, Bd. XXXV. Heft 1, 2, p. 148.) — Etude sur l'inflammation suppurative du rein, par J. LINDSAY STEVEN. (*Glasg. med. Journ.*, sept., p. 161.) — Inflammation purulente de la capsule surrénale graisseuse comme conséquence d'une paranéphrite calculeuse, par ZAROUBINE. (*Méd. Viétsnick*, n° 51.) — Tuberculose rénale, par LEJARS. (*Soc. anat.*, 9 mai.) — Abcès du rein ; ponction donnant 1,200 grammes de pus; guérison, par DOBIE. (*Lancet*, 12 juillet. — Des calculs de l'uretère et de leur ablation chirurgicale possible (aucune observation à l'appui), par H. MORRIS. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, oct., p. 458.) — Calculs du rein remarquable par leur grosseur, par SCHAPOSCHRIKOFF. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 nov. 1883.) — Du traitement des ruptures du rein, par REEVES. (*Lancet*, 4 oct.) — Un cas de rein flottant par NAGY. (*Wien med. Presse*, n° 35.) — Sur un moyen de fixation du rein flottant, par GREIG SMITH. (*Lancet*, 5 juillet.) — Réflexions sur la pathologie et le traitement du rein flottant, par LINDNER. (*Deutsche med. Woch*, n° 15.) — Néphrectomie chez un enfant de deux ans, par GODLEE. (*Lancet*, 1er nov.) — Néphrectomie lombaire, par H. MORRIS. (*Lancet*, 29 nov.) — Notes sur l'extirpation du rein avec observation de néphrectomie pour pyonéphrose et de néphrotomie pour rupture du rein, par R. F. WEIR (*Med. News*, 27 déc.) — Hydronéphrose aiguë suivie de rupture et d'épanchement urineux dans le péritoine; laparotomie, guérison, par TAYLOR. (*Lancet*, 4 oct.) — Néphrectomie lombaire pour calcul rénal ; guérison, par MORRIS. (*Roy. med. soc.; Med. Times*, 29 nov.) — Notes sur l'extirpation du rein avec observation de néphrectomie pour pyonéphrose et de néphrotomie pour rupture du rein, par R. WEIR. (*N. York med. journ.*, 27 déc.) — Fistule urinaire de l'aine gauche consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose. Extirpation du rein correspondant. Guérison, par A. LE DENTU. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Néphrectomie lombaire pour un calcul du rein ; guérison, par H. MORRIS. (*Brit. med. journ.*, p. 1075, nov.) — Résection du rein gauche pour une tumeur supposée kystique. Guérison. Mort ultérieurement par suite du progrès d'un cancer de la vessie et de l'uretère gauche propagé au foie. Calcul trouvé dans le néoplasme, par RICHARD DAVY. (*British med. journ.*, p. 757, oct.)

Résection. — Résection ostéoplastique du coude, par STIMSON. (*Med. News*, 13 déc., p. 661.) — Résection partielle du coude et de l'épaule pour tuberculose, et du cou de pied pour traumatisme, par HALSTED. (*Med. News*, 13 déc., p. 662.) — Coxalgie à la dernière période, résection, guérison, par FORT. (*Gaz. des hôp.*, 9 oct.) — Six cas de résection du genou, par JALLAND. (*Lancet*, 26 juillet.) — Excision de tout le tarse pour une ostéite tuberculeuse, par BULL. (*Med. News*, 20 déc., p. 699.)

Rétine. — Contribution à l'anatomie pathologique des hémorragies de la rétine, par THALBERG. (*Arch. of ophtal.*, juin.) — Un cas de gliome de la rétine, par J. DICKEY. (*Am. journ. of the med. sc.*, oct., p. 486.) — Gliome de la rétine, par CORTIGUERA. (*Correo med. Castellano*, oct.)

Respiration. — Influence des variations de la composition centésimale de l'air sur l'intensité des échanges respiratoires, par FREDERICQ. (*Acad. des sc.*, 22 déc.)

Rhumatisme. — Du rhumatisme articulaire aigu, par S. BOTKINE. (*Jégéned. klin. Gazeta*, n° 11.) — Rhumatisme articulaire aigu. Néphrite rhumatismale. Affection complexe du cœur d'origine vraisemblablement typhoïdique. Mort subite par angine de poitrine, par P. CHÉRON. (*Gaz. hebd.*, n° 49.) — Œdèmes éphémères de nature arthritique, par NEGEL. (*Prag. méd.*, 25 oct.)

— Sur une forme de détermination rhumatoïde qui survient chez les rhumatisants sous l'influence de la fatigue, par ALB. MATHIEU. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Troubles trophiques consécutifs au rhumatisme, par HALDEN. (*Lancet*, 18 oct.) — Fièvre rhumatismale avec hyperpyrexie (t. 43°); traitement par les applications glacées, par GARLAND. (*Lancet*, 6 sept.) — — Encéphalopathie et rhumatisme, par CARRIÈRE. (*Gaz. hebd. de méd.*, *Montp.*, n° 49.) — Sur les complications pulmonaires du rhumatisme et de l'arthritisme, par LEBRETON. (*Th. de Paris*, 24 déc.) — Du rhumatisme osseux chez les sujets jeunes, par MATHIEU. (*Th. de Paris*, 5 déc.) — De l'emploi du salicylate de soude contre les complications cardiaques récentes du rhumatisme articulaire aigu, par GIRARD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, par P. CHABERT. (*Th. Montpellier*, n° 17.)

Rougeole. — Notes cliniques et thérapeutiques sur l'épidémie de rougeole de Messine, par ANDRONICO. (*Arch. di patol. infantile*, nov.) — La rougeole à Paris, ses progrès incessants, sa mortalité. Nécessité de mesures prophylactiques, par AUG. OLLIVIER. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — La rougeole à l'Hôpital général de Montpellier, en novembre 1883, par BONNEFOUS. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 12.) — Epidémie de rougeole à Montpellier (hiver 1883-84.) — Discussion à la Société de médecine. (*Gaz. hebd. sc. méd. de Montp.*, n° 2.)

Roséole. — Deux cas de roséole dite typhoïde, observée dans le cours de deux affections indéterminées, par JUHEL RENOY. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

S

Sang. — Sur le rôle des éléments colorés dans le sang, par GRETH. (In-8°, *Dorpat.*) — Recherches sur la coagulation du sang, par LÖWIT. (fasc. 2, in-8°, *Vienne.*) — Origine de la fibrine dans la coagulation du sang, par HOWELL. (*Studies from biol. laboratory*, III, n° 2.) — Hématologie clinique, par A. GILBERT et G. LION. (*Arch. gén. de méd.*, nov. et décembre.) — Analyse d'un sang ayant séjourné plusieurs années dans une cavité à l'abri de l'air, par LEDIÉ. (*Journ. de pharm.*, octobre.) — A propos de l'action anti-coagulante des peptones sur le sang, par T. GLEY. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 25, t. 1.) — De l'importance des nouvelles recherches hématimétriques au point de vue des anémies et des leucémies, par LAACHE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43.) — La ténacité des tissus et son influence sur la circulation locale du sang et de la lymphe, par A. LENDERER. (*Leipsig.*) — Du passage des particules solides du sang de la mère dans le sang du fœtus, par M. MIROPOLSKÉIA. (*Vratch*, n° 46.)

Saturnisme. — Saturnisme; hémorragies cérébrale et bulbaire; hémiplégie; hypertrophie du ventricule gauche; néphrite interstitielle, par MATHIEU. (*Progrès médical*, 18 octobre.) — Étude sur le plomb au point de vue toxicologique, par MEL. (*Thèse de pharmacie de Montpellier.*) — Sur l'intoxication saturnine, par DU MOULIN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, XVIII, octobre.) — Intoxication saturnine; paralysie des extenseurs de l'avant-bras, par WOOLOUGHAN. (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 octobre.) — Traitement du saturnisme chronique et de l'élimination du plomb par les urines, sous l'influence des courants continus, par SERAFINI. (*Morgagni*, n° 12.)

Scarlatine. — Sur l'étiologie de la scarlatine hémorragique, par L.-H. Petit. (*Union médicale*, 15 novembre.) — Cas de scarlatine anormale, par Titomanlio. (*Il Morgagni*, fasc. 11 et 12, p. 763.) — De la scarlatine anormale, à propos de trois cas observés dans la même famille. (*Gaz. hebd.*, n° 37.)

Sclérodermie. — Sclérodermie généralisée des adultes, par J. Guéorguiévski. (*Vratch*, n° 49.)

Scorbut. — Sur les causes et les symptômes du scorbut chez les prisonniers, par de Beurmann. (*Arch. génér. de méd.*, janvier.)

Scrofule. — La scrofule est autre chose que la tuberculose, par Le Gendre. (*Union médicale*, 11 novembre.) — Note sur quatre cas de gommes scrofulo tuberculeuses hypodermiques, par Letulle. (*Soc. de méd. des hôp.*, 10 décembre.) — Epithélioma ou scrofulide, par Humbert. (*Gaz. des hôp.*, 25 novembre.) — Les remèdes contre la scrofule, par L. Berger. (*Wien. med. Presse*, n° 33.)

Seigle. — De l'emploi de l'ergot de seigle en obstétrique, par Ph.-C. Williams. (*Trans. of the med. faculty of Maryland*, avril.) — Épidémie de l'ergotisme à Breslau, par Tuczek. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.)

Sensibilité. — Douleur, par Ch. Eloy. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 1re série, t. XXX.) — Du ralentissement des impressions douloureuses sous l'influence des excitations thermiques, par Rosenbach. (*Deustche med. Woch.*, n° 22.)

Septicémie. — Micro-organismes dans les complications infectieuses des plaies, par Rosenbach. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Note sur la septicémie et sur quelques substances antiseptiques, par Giordano. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier.)

Serpent. — La morsure de vipère et ses suites, par Eisler. (*Wien. med. Presse*, n° 32.)

Sexe. — Influence de l'âge des parents sur la production des sexes, par A. Birelli. (*Il Morgagni*, juillet, p. 426.)

Sueur. — Étude sur la crise sudorale et sur la médication sudorifique, par Le Franc. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hyperydrose unilatérale, par Riehl. (*Wien. med. Presse*, n° 34.)

Syphilis. — Syphilis, par J. Rollet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIV.) — Congénitale, par P. et G. Diday. (*Ibid.*) — La syphilis, sa place dans la série des autres maladies microbiennes et la lutte de l'organisme contre le contage syphilitique, par K. Chadèke. (*Méd. Viéstnik*, n° 44.) — Recherches sur le microbe de la syphilis, par Marcus. (*C. rendus de la Soc. de biol.*, n° 28, t. 1.) — Essais d'inoculation de la syphilis chez les singes, par Grasset et Gaynaud. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, n° 34.) — Syphilisation, syphylides, par J. Rollet et E. Chambard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIV.) — Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale, par D. Morisani. (*Lo Sperimentale*, février, p. 111, mars, p. 162.) — Réinfection syphilitique, par Engel. (*Philad. med. Times*, août.) — Statistique relative au siège habituel du chancre induré chez l'homme, par Lowndes. (*Lancet*, 11 octobre.) — Scrofule et syphilis, par Giovannini. (*Boll. de Sc. med. di Bologna*, série 1, vol. XII.) — Introduction à l'étude de la syphilis infantile, par Rob. Lee. (*Lancet*, 21 juin.) — Syphilis héréditaire tardive, par Heusinger. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — De la syphilide pigmentaire

primitive, par SAINTIN. (*Thèse de Nancy.*) — Quatre observations de syphilis maligne, évolution très rapide, par ZIEHL. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 27.) — La syphilis aux Indes, par BREITENSTEIN. (*Wien. med. Presse*, n° 15.) — Sur l'expectoration dans la syphilis pulmonaire, par KŒNIGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.) — La syphilis pulmonaire, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.*, n° 39.) — Un cas de chancre induré de la langue, par A. NEVSKI. (*Méd. Obosrénié*, n° 21.) — Des scléroses syphylitiques primaires de la langue, par K. CHADÉK. (*Méd. Wiéstnik*, n° 28.) — De la syphilis viscérale, par LANG. (*Wien. med. Presse*, n° 35.) — Le chancre syphilitique du col de l'utérus, par N. PREIS. (*Rousskaïa medicina*, n°s 35 à 36.) — Tabes et syphilis, par RUMPF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15.) — Myélite (méningo-myélite) transverse aiguë, pouvant être attribuée à la syphilis héréditaire tardive; traitement spécifique; guérison, par MANN. (*Lancet*, 21 juin.) — La syphilis comme cause de tabes dorsal (sur 72 cas, 52 0/0 de non syphilitiques, par E. SEGUIN. (*New-York med. Journ.*, 28 juin.) — Paralysie d'origine syphilitique, par REVILLIOD. (*Soc. anat.*, 14 mars.) — Un cas de paraplégie syphilitique, par W. PORTER. (*Lancet*, 28 juin.)—Syphilis de l'oreille externe (chancre), par J. ZUCKER. (*Z. für Ohrenh.*, XIII, 293.) — Sur une grave arthropathie syphilitique du genou avec hyperostose du fémur, par D'AMBROSIO. (*Medicina contemp.*, février.) — Syphilis du foie, observation clinique, par CIARAMELLI. (*Ibid.*, juin.) — Étude de l'induration scléreuse et du sclérome syphilitique des parties génitales chez la femme et de leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral, par FASOLA. (*Ann. di Ostetricia*, août, septembre.) — Un cas de sclérite syphilitique, par COHN. (*Wien. med. Presse*, n° 28.) — Gomme volumineuse de la jambe, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 40.) — Chancre de l'index droit, par CŒSFELD. (*Deustche med. Woch.*, n° 26.) — Traitement et prophylaxie de la syphilis, par AUSPITZ. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — De l'action locale antisyphilitique du mercure par KÖBNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47.) — Traitement de la syphilis, par CASPARY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.) — Du traitement de la syphilis, par NEISSER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Des divers modes de traitement de la syphilis tertiaire, par BOYER. (*Thèse de Bordeaux.*)

T

Tænia. — Du tænia dans les hôpitaux maritimes de Lorient et de son traitement, par HAMON-DUFOUGERAY. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — Un cas de tænia flavo-punctata observé chez une petite fille de Varese, par PARONA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, février.)

Taille. — Statistique et observations des lithotomies pratiquées à l'hôpital de Hyderabad, par RIELAN. (*Lancet*, 23 août.) — Un cas de taille sus-pubienne, par HENRY THOMPSON. (*Lancet*, 11 octobre.) — Deux opérations de taille pratiquées sur le même sujet à vingt-trois ans d'intervalle, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpell.*, n° 27.) — Taille urétrale chez une jeune femme pour l'extraction d'un calcul vésical développé autour d'un corps étranger, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpell.*, n° 25.) — Taille sus-pubienne ou périnéale, par BRUNELLI. (*Boll. de sc. med.*, oct.-nov.) — Contribution à la taille, par HOFMOKL. (*Wien. med. Presse*, n° 46.)

Teigne. — De la pelade généralisée, par BILLIOUD. (*Thèse de Lyon*, 16 déc.)

— Etiologie de la trichorrhexis nodosa, par WOLFEBERG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.)

Température. — Essai sur les thermographes cliniques, description d'un nouveau thermographe, par F. BOYÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas d'élévation remarquable de la température, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 12 juillet.) — Appareil enregistreur électrique pour la thermométrie clinique, par STEIN. (*Wien. med. Presse*, n° 2.) — Influence de la piqûre du 4e ventricule sur la température centrale et spécialement sur la température du foie, par ARONSOHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — Expérience sur les variations nycthémérales de la température normale, par MAUREL. (*Bull. Soc. de biol.*, 25 oct.)

Tendon. — Nature de certains ligaments; homologie de ces ligaments avec les tendons musculaires de certains animaux, par J.-B. SUTTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril-oct.) — Nature et action de certains ligaments, par D'ARCY W. THOMSON. (*Ibid.*, XVIII, juillet.) — Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes, par DELON. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Contribution à la suture des tendons chez l'homme, par R. CONNIZZARO. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 378.) — Plaie et suture des tendons fléchisseurs de l'index dans leur gaine digitale, par RICHELOT. (*Union médicale*, 23 nov.)

Testicule. — Un appareil érectile à l'extrémité de l'artère spermatique, par LAULANIÉ. (*Bull. Soc. de biol.*, 15 novembre.) — Enorme hématocèle de la tunique vaginale, excision de la poche, castration, guérison, par POLAILLON. (*France médicale*, 20 août.) — Hématocèle de la tunique vaginale guérie par la ponction et l'injection iodée, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. sciences méd. Montpel.*, n° 45.) — Sarcome des bourses, par LEJARS. (*Soc. anat.*, 28 mars.) — Deux cas de tumeur du cordon spermatique, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpel.*, n° 35.) — Des tumeurs solides du cordon spermatique, par BROSSARD. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — Sur la cryptorchidie, par R. W. JOHNSON. (*Transactions of the faculty of Maryland*, avril.) — De l'orchite traumatique avec atrophie consécutive, par ESQUIBA. (*Thèse Montpellier*, n° 51.) — Encéphaloïde du testicule pesant 4 kilogrammes, par LEGAREC (de Plouay). (*Bull. Soc. chir.*, p. 195.)

Tétanos. — Deux observations de tétanos aigu par plaie de l'ombilic aigu, par GODLEE. (*Med. Times*, 27 déc.)—Tétanos et infection malarienne. Lettre de LUIGI MAZZOTTI au Dr COBIANCHI. (*Raccoglitore med.* XXII, n° 8.) — Tétanos aigu, guérison, par GODLEE. (*Med. Times*, 6 déc.) — Tétanos et injections hypodermiques, par CIARAMELLI. (*Raccoglit. med.*, n° 14.) — Tétanos par traumatisme hypodermique, par BARTOLAZZI. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 80.) — Etude expérimentale sur l'étiologie du tétanos, par CARLE et RATTONE, (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino.*) — Du tétanos infectieux, par NICOLAIDES. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52.) — Du traitement du tétanos traumatique et de la chorée par les applications d'éther pulvérisé sur la colonne vertébrale, par BOUTEILLIER. (*Progrès médical*, 4 oct.) — Sur l'étiologie du tétanos et l'utilité de la neurectomie dans le traitement de cette maladie, par MACDOUGALL. (*Lancet*, 26 juillet.) — Tétanos traumatique guéri par l'emploi interne et local du sulfate de morphine, par STICKLER. (*New York med. Record*, n° 11.)

Thérapeutique. — Diurétiques, par E. LABBÉE. (*Dict. encycl. des sc. méd.* 1re série, t. XXX.) — Dynamite, emploi médical, par CH. ELOY. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXX.) — De l'électricité thérapeutique et des indications de l'aconit, par PASCAL. (*Thèse de Lyon*, 17 nov.) — De l'emploi des hippurates en médecine, par V. POULET, (*Gaz. hebd.*, n° 45.) —

Action thérapeutique de l'acide borique, par LEBOVICZ, (*Gaz. hebd.*, n° 38.) — Recherches sur la nature et l'action des oléates. (L'auteur recommande l'oléate de zinc dans l'eczéma aigu et contre les transpirations profuses), par JOHN SHOEMAKER, (*Brit. med. journ.*, p. 749, oct.) — De l'action thérapeutique du bromure de zinc comparée à celle du bromure de potassium et de zinc, par B. TESTA. (*Il Morgagni*, avril, p. 222.) — Valeur thérapeutique de l'arsenic, par SCHULZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29.) — Les indications de la digitale, par KOGERER. (*Wien. med. Presse*, n° 9.) — Action thérapeutique de l'arbousier et de l'uvaursi, par PASCHKIN. (*Wien. med. Woch.*, n° 13.) — De l'agaricine contre les sueurs des phtisiques, par LANGER. (*Wien. med. Presse*, n° 20.) — Des diverses méthodes thérapeutiques; de l'analyse clinique et des indications en thérapeutique, par GRASSET. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sep.) — Des nouvelles médications cardiaques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Ibid.*, 15 août.) — Des nouvelles médications stomacales, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Ibid.*, 15 oct.) — Du thym, ses propriétés thérapeutiques, par CAMPARDON. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 déc.) — De la paraldéhyde, ses effets physiologiques et son emploi en thérapeutique, par HÉNOCQUE. (*Gaz. hebdom.*, n° 46.) — Fièvre et antipyrétiques, par MURRI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 89.) — Antipyrine et kairine, revue générale, par A. BIANCHI. (*Lo Sperimentale*, oct., p. 382.) — De l'action mixte de l'antipyrine et de la kairine, par MINGAZZINI. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 104.) — Pouvoir antipyrétique de l'antipyrine, par CARUSO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 89.) — La kairine et l'antipyrine, par PATELLA. (*Gazz. med. Ital. Prov. Veneta*, n° 50.) — Etude sur l'antipyrine, par F. MULLER. (*Cent. f. klin Med.*, sept.) — Action de l'antipyrine chez les enfants et les adultes, par GEIER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45.) — Les antidotes de la résorcine, par ANDEER. (*Wien. med. Presse*, n° 38.) — De la résorcine dans les maladies des muqueuses, par ANDEER. (*Wien. med. Presse*, n° 6.) — L'antipyrine dans la phtisie, par MEISSEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 51.) — De l'antipyrine, par MAY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.) — De l'action de l'antipyrine en injections hypodermiques, par MINGAZZINI, (*Lo spallanzani*, déc.) — Du chlorure double d'or et de sodium dans quelques affections nerveuses, par BARTHOLOW. (*New York med. Journ.*, 28 juin.) — Etiologie de la poitrine infundibuliforme, par RIBBERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33.)

Thyroïde. — Topographie générale des appareils nerveux oculo-pupillaire et accélérateur du cœur. — Application sommaire des données physiologiques à la théorie du goitre exophtalmique, par FRANÇOIS FRANK. (*Compt. rendus de la Soc. de biol.*, n° 18, tome I.) — Observation d'une malade atteinte d'une tumeur au lobe droit du corps thyroïde avec exophtalmie et perte de la vision de l'œil correspondant, par BERGER. (*Bull. Soc. chir.*, p. 277.) — Etiologie de la maladie de Basedow, par ŒSTERREICHER. (*Wien. med. Presse*, n° 11.) — Contribution à l'étude du goitre pyrénéen, par DELPECH. (*Thèse Montpel.*, n° 56.) — Goitre folliculaire hyperplasique, par GERSTER. (*New York surg. soc.; Med. News*, 15 nov.) — De l'état actuel de la thérapeutique du goitre, par BRUNS. (In-8°, *Leipzig.*) — L'extirpation du corps thyroïde chez le chien, par PHILIPPEAUX. (*Bull. Soc. de biol.*, 8 nov.) — Traitement du goitre par l'acide fluorhydrique (90 gouttes par jour), par J. CAMERON. (*Med. Press and circular.*, 11 juin.) — Sur l'extirpation de la glande thyroïde, par F. COLZI. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 36.) — Deux cas de goitre constricteur; excision de l'isthme du corps thyroïde, guérison, par E. JONES. (*Lancet*, 30 août.) — Goitre kystique du volume d'une tête d'enfant, résection partielle, guérison, par HOFMOKL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 janv.) — Goitre adéno-cystique; thyroïdectomie; guérison, par HICQUET. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, XVIII, n° 11.)

— L'extirpation du goitre et ses conséquences cliniques, par Bottini. (*Medicina contemp.*, oct.-nov.) — Le goitre et son traitement chirurgical, par A. Kogan. (*Méd. Viéstnik*, n° 37.) — Contribution à la question de l'extirpation du goitre, par N. Volkovitch. (*Chirourgitchéski Viéstnik*, n° 1.) — Ablation d'un gros goitre avec ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure, et hémorragie faible. Guérison, par T.-N. Fitzgerald. (*Australian med. journal*, 15 février.)

Trachée. — Neuf cas de trachéotomie, par A. Colquhoun. (*Australian med. Journal*, 15 mars.) — Trois cas de rétrécissement de la trachée, par Fletcher Ingals. (*New York med. Journ.*, 11 oct.) — Contribution à l'étude des aérocèles du cou, par Peschaud. (*Thèse Montpel.*, n° 61.) — Tchnique de la trachéotomie, par Catti. (*Wien. med. Presse*, n° 47.) — L'opération de la trachéotomie est-elle dangereuse dans la diphtérie? Quand l'opération doit-elle être pratiquée, par Winters et discussion. (*New York Acad. of med.*, 4 déc.) — Trachéotomie dans un cas de diphtérie, par Willard. (*Med. News*, 27 déc., p. 726.) — Des obstacles à l'ablation de la canule trachéale, par Meyerson. (*Wien. med. Presse*, n° 27.) — Nouvella canule trachéale pour le tamponnement de la trachée, par Périer. (*Bull. Soc. chir.*, p. 57.) — Note sur le mandrin trachéotome, par Phelippeaux. (*Ann. de gynécol.*, janvier.)

Transfusion. — Essai sur la valeur respective de la transfusion du sang et des injections qu'on propose de lui substituer, par J. Fournac. (*Thèse de Montpellier*, n° 46.) — De la transfusion hypodermique, par Luton. (*Arch. gén. de méd.*, décemb.) — De la transfusion d'eau salée, par Kronecker. (*Deutsche med. Woch*, n° 32.) — Etudes sur la transfusion du sang, par Corona. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juin-juillet.) — Sur la transfusion du sang dans le péritoine, par Carlo Sanquirico. (*Collez. ital. di letture sulla med.* Vol. II, n° 7.)

Traumatisme. — De l'auto-inoculation traumatique, étude étiologique et pathogénique, par Verneuil. (*Rev. de chir.*, déc. 1883.) — Faits pour servir à l'histoire de l'influence des traumatismes sur les diathèses, par Schwartz. (*Rev. de chir.*, oct.)

Trépanation. — Plaie du crâne; accidents cérébraux; trépanation; mort par méningite suppurée, par Bryant. (*Lancet*, 8 nov.) — Tumeur cérébrale; trépanation; extirpation d'un gliome; suites de l'opération satisfaisantes, par R. Godlee. (*Lancet*, 20 décembre.) — Fracture comminutive avec enfoncement du pariétal droit; trépanation, amélioration temporaire; mort par abcès du cerveau après occlusion de la plaie, par Cl. Lucas. (*Lancet*, 6 décembre.)

Trichinose. — De la trichinose et de sa guérison, par Otto. (In-8°, *Magdebourg.*) — De l'épidémie de trichinose à Emersleben, par Wagner. (In-8°, *Halberstadt.*) — Etude sur la trichine, par Granel. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpel.*, n°s 16-17.) — La trichinophobie, par E. Vallin. (*Revue d'hygiène*, janvier.) — Contribution à l'histoire de la trichinose chez les porcs américains, par R. Virchow, traduit par Grancher. (*Revue d'hygiène*, avril.)

Tuberculose. — De la séméiologie des crachats, du bacille tuberculeux, par Lober. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — Observations sur le bacille de la tuberculose, par H. Ernst. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, oct., p. 367.) — Des bacilles de la tuberculose, par Lachmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.) — Recherches sur le bacille tuberculeux, surtout au point de vue

de sa valeur diagnostique et pronostique dans la phtisie pulmonaire, par O. Méhan. (*Thèse de Montpel.*, n° 73.) — Recherche du bacille de Koch dans la tuberculose calcifiée, par Déjerine. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, n° 30, tome I.) — Proposition d'enquête à faire sur les causes de la tuberculose, par Landouzy. (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpit.*, 26 nov.) — L'enquête sur l'hérédité, la contagiosité, la curabilité des tubercules, par Schnitzler. (*Wien. med. Presse*, n° 3 et suiv.) — De l'étiologie de la tuberculose, par Lapponi. (*Rev. ital. di terapia*, nov.-déc.) — De la tuberculose respiratoire et de sa prophylaxie, par Notta. (*Union méd.*, 18 oct.) — Epanchements pleuraux et tuberculose, par Landouzy. (*Gaz. des hôpit.*, 30 oct.) — Note sur un cas de pneumonie tuberculeuse pseudolobaire avec absence de bacilles dans l'expectoration, par Déjerine et Babinsky. (*Rev. de méd.*, p. 174.) — Notes sur l'association de la tuberculose et de la pneumonie aiguë, par Wendt. (*New York med. Record*, n° 15.) — Un cas de tuberculose généralisée latente, par D. Sakovitch. (*Vratch*, n° 45.) — Des bacilles de la tuberculose dans l'oreille, par Voltolini. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31.) — Diagnostic de la tuberculose de l'appareil urinaire par la recherche des bacilles, par Irsai. (*Wien. med. Presse*, n° 36.) — Le traitement de la phtisie pulmonaire dans les maisons de santé, par P. Dettweiler. (2e édition, *Berlin.*) — L'iodoforme dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Franchini. (*Giorn. d. med. milit.*, sept.) — Le traitement de la phtisie, par Burney Yeo. (*Med. Times*, 6 déc.) — Traitement de la phtisie par l'hivernation dans la haute montagne, par Schreiber. (*Wien. med. Presse*, n° 43.)

Tumeur. — Transplantation des tissus dans l'organisme, par Masse. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 déc.) — De la diathèse néoplasique, par Verneuil. (*Tribune médicale*, 16 nov.) — Etude critique sur quelques points de l'histoire des néoplasmes, par Kirmisson et Verneuil. (*Rev. de chir.*, sept.) — Contribution à l'étude des tumeurs dites perlées, par Gross. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 nov.)

Typhoïde. — Etudes étiologiques sur une épidémie locale de fièvre typhoïde à 1,000 mètres d'altitude, par G. Roux. (*Lyon méd.*, 16 nov.) — De la fièvre typhoïde en Tunisie, ce qu'il faut penser des évacuations et du traitement sur place, sous la tente, par Marignac. (*Thèse de Bordeaux.*) — Epidémie de fièvre typhoïde dans un régiment de uhlans à Oschatz, par Ramdohr. (In-8°, *Leipzig.*) — Diffusion de la fièvre typhoïde par le lait, par Auerbach. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44.) — Note sur trente-cinq cas de fièvre typhoïde, soignés à l'Hôtel-Dieu pendant les quatre premiers mois de l'année 1884 et suivis de guérison, par Maurice Letulle. (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc.) — Constatation anatomique de la fièvre typhoïde dans la race noire, par Maurel. (*Soc. anat.*, 9 mai.) — Etude clinique sur la fièvre typhoïde chez les vieillards, par Michel. (*Thèse Montpellier*, n° 45.) — De la valeur diagnostique de la roséole typhoïde dans les formes abortiviées de la dothénenterie, par Notta. (*Union médicale*, 30 déc.) — Bronchite fibrineuse et autres altérations graves dans un cas de fièvre typhoïde, par Luigi Mazzotti. (*Boll. d. scienze med. di Bologna.* Vol. XIV.) — Etude sur la fièvre typhoïde à début grippal, par Millée. (In-8°, *Paris.*) — La pneumotyphoïde, par Longuet. (*Union médicale*, 8-9 novemb.) — Un cas de fièvre typhoïde compliquée de fièvre intermittente, par A. Dmitrieff. (*Méd. Viéstnik*, n° 49.) — De la fièvre typhoïde biliaire, par N. Loubimoff. (*Vratch*, n° 14.) — Perforation de la vésicule biliaire, dans le cours de la fièvre typhoïde, par Barbe. (*France médicale*, 29 juillet.) — Observation de coxalgie à la suite d'une fièvre typhoïde, par Woronichin. (*Jahrb. f. Kinderheilk*, XXI.) — Traitement rationnel de la fièvre typhoïde, par Réal. (*Union méd.*, 28 sept.

— Du traitement de la fièvre typhoïde, par EBSTEIN. (In-8°, Wiesbade.) — Les bains froids dans la fièvre typhoïde, par ALEX. COLLIE. (*Brit. méd. journ.*, p. 1123, déc.) — La thérapeutique antiseptique. Les applications au traitement de la fièvre typhoïde, par LEREBOULLET. (*Gaz. hebdom.*, n°s 45 et 46.) — Des indications thérapeutiques de la fièvre typhoïde et des principaux moyens de les remplir, par AUBERT. (*Thèse Montpellier*, n° 62.) — Action de l'acide salicylique sur la respiration chez l'animal sain et particulièrement chez l'homme atteint de fièvre typhoïde, par BOCHEFONTAINE. (*Compt. rendus de la Soc. de biol.*, n° 2, tome I.) — Du traitement de la fièvre typhoïde, par WINTERNITZ. (*Wien. med. Presse*, n° 3.)

U

Ulcère. — Traitement du mal perforant du pied, par FR. TREVES. (*Lancet*, 29 novembre.) — Traitement des ulcères des membres inférieurs par le sparadrap au minium, par GOUREAU. (*Bull. gén. de thér.*, 30 juillet.) — La physiopathologie de l'épithélium pavimenteux stratifié dans le mal perforant, par TIZZONI. (*Bull. d. sc. med. di Bologna*, oct.-nov.)

Urémie. — L'acétonémie dans quelques maladies chirurgicales de nature infectieuse, par BONOME. (*Gazz. degli Ospitali*, n° 82.)

Urinaires (Voies). — Leçons sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires, par HENRY THOMPSON. (*Lancet*, 14 juin.) — Étude sur la tuberculose des organes urinaires, par C. REY. (*Th. Montpellier*, n° 66.) — Infiltration d'urine. Abcès urineux, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 1er nov.) — Traitement de l'infiltration d'urine, par GUILLAUME. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — De la dilatation rapide dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par CARLES. (*Th. Montpellier*, n° 64.) — L'examen endoscopique et la méthode de cautérisation de Lallemand, par GRÜNFELD. (*Wien. med. Presse*, n° 23.) — Des opérations mixtes dans les cas de rétrécissement organique de l'urètre, par A. BIÉLTZOFF. (*Vratch*, n° 49.) — L'urétrotomie externe dans les rétrécissements infranchissables, par W. LINDENBAUM. (*Vratch*, n° 45). — Fistules urétrales non urinaires, par RELIQUET. (*Gaz. des hôp.*, 13 nov.) — De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urètre, par W. DUKEMAN. (*New York med. Journ.*, 20 sept.)

Urine. — L'examen chimique et microscopique de l'urine au point de vue de ses altérations morbides, par O. PUHLMANN. (3e édit., Berlin.) — Des méthodes de recherches de l'albumine dans l'urine, par B. PERSH. (*Med. News*, 20 déc.) — Nouvelle méthode pour la recherche de la substance indicogène des urines, par BIANCHI. (*Riv. clin. e terap.*, sept.)

Urticaire. — Urticaire pigmentaire, par RADCLIFFE CROCKER. (*Lancet*, 18 octobre.)

Utérus. — L'involution de l'utérus étudiée au point de vue histologique, par F. MEOLA. (*Il Morgagni*, janvier, p. 25 et avril, p. 238.) — Étude critique sur l'appareil sécréteur de l'utérus et sur les sécrétions de cet organe, par PETITOT. (*Th. Montpellier*, n° 48.) — Duplicité de l'utérus et du vagin, par HEITZMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 17.) — Altérations de l'appareil utéro-ovarien chez les amphibies, les oiseaux et les mammifères, par BL. SUTTON. (*Lancet*, 22 novembre.) — Observations d'endo-métrite granuleuse ; anémie

grave par métrorragie, traitement local ; citrate de fer en injections hypodermiques; guérison, par MARTINOTTI. (*Ann. di Ostetricia*, août-sept.) — Traitement local des affections intrautérines. Discussion, par ATTHILL, MORE MADDEN, RYERS, etc. (*Brit. med. Journ.*, p. 1065, nov.) — Dilatation forcée et discision du col de l'utérus, par WALLORE. (*Ann. de gyn.*, août.) — Douze cas de trachélorrhaphie, par VULLIET. (*Arch. de tocologie*, déc.) — Trachélorrhaphie ou opérations d'Emmet, par EUSTACHE. (*Arch. de tocol.*, sept.) — Traitement de la métrite chronique, par ARNSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16.) — Sur l'hématocèle rétro-utérine, par FIGARI. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Hématocèle utérine, par BERNUTZ. (*Arch. de tocologie*, décembre.) — Étude clinique sur la stérilité chez la femme, par DUNCAN. (In-8°, *Berlin.*) — Sur l'importance des flexions et des déplacements de l'utérus, par GRAILEY HEWITT. (*Lancet*, 7 juin.) — Des flexions utérines et de leur importance pathologique, par ERN. HERMAN. (*Lancet*, 18 octobre.) Inversion utérine datant de 9 ans; réduction par l'appareil d'Aveling; guérison, par WILL. DUNCAN. (*Lancet*, 4 octobre.) — Prolapsus utérin traité par le raccourcissement des ligaments ronds combiné avec la colpo-périnéorraphie, par R. WINSLOW. (*Med. News*, 29 nov.) — Prolapsus utérin irréductible. Tentative de réduction, déchirure de la paroi postérieure dans toute son épaisseur, amputation par la ligature élastique ; guérison, par THOMAS. (*Bull. Soc. chir.*, p. 321.) — Cancer de l'utérus à forme ulcéreuse, péritonite latente, péricardite hémorragique, par DARIER. (*Soc. anat.*, 4 avril.) — Tumeurs du ligament rond, par ROUSTAN. (*Montp. méd.*, février.) — Deux cas de fibrome utérin, par KUNDRAT. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 avril 1883.) — Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus, par POURRAT. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Des tumeurs de l'utérus et de ses annexes, par KORACZ. (*Wien. med. Presse*, n° 6.) — Note sur un cas de rupture complète de l'utérus, par BAR et SECHEYRON. (*Soc. anat.*, 14 mars.) — Un cas de rupture de l'utérus (ergot de seigle pendant le travail, version dans l'utérus contracturé, etc.), par MACK. BOOTH. (*Lancet*, 21 juin.) — Rupture de l'utérus gravide; laparotomie; mort, par E. PARTRIDGE. (*New York med. Journ.*, 19 juillet.) — Rupture de l'utérus, par BREUS. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 avril 1883.) — Rupture de l'utérus dans sa partie supérieure et mort de l'accouchée pendant la version, sans cause appréciable, par F. POMILIO. (*Il Morgagni*, septembre, p. 506.) — Quelques mots à propos des injections intra-utérines et d'un nouveau modèle de sonde, par PAJOT. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Du traitement du cancer utérin, par GALLARD. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Deux cas d'opération de Adam pour les déplacements de l'utérus, par R. MILLER. (*Glasg. med. Journ.*, août, p. 121.) — Amputation du col utérin, par Th. MORE MADDEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 758, oct.) — Corps fibreux de l'utérus; hystérectomie; guérison, par DODD SWALLOW. (*Lancet*, 16 août.) — La myomotomie d'après 100 opérations pratiquées à la clinique gynécologique de l'Université de Berlin, par M. HOFMEIER. (*Stuttgart.*) — De l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, par SAUVE. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Deux cas d'extirpation de l'utérus, par CAVAZZANI. (*Gazz. med. ital. Prov. Venete*, n° 41.) — Hystérectomie vaginale pour un cancer; guérison, par WEIR. (*New York surg. Soc.*, 23 déc.) —Ablation de l'utérus et double ovariotomie ; guérison, par H. GOODE. (*Brit. med. Journ.*, p. 859, novembre.)

V

Vaccin. — Étude des contaminations vaccinales, par Josserand. (*Thèse de Paris.*) — Résultats des revaccinations pratiquées à l'Académie de médecine sur les sapeurs-pompiers pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1883, par Hervieux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIII, n° 38.)

Vagin. — Atrésie congénitale du vagin, par Heitzmann. (*Wien. med. Presse*, n° 12.) — Absence de clitoris et de petites lèvres, par Heitzmann. (*Ibid.*, n° 9.) — Perforation symétrique des petites lèvres, par Heitzmann. (*Ibid.*, n° 6.) — Rétrécissement cicatriciel du vagin, par Heitzmann. (*Ibid.*, n° 10.) — Thrombus de la vulve et du vagin (85 obs.), par Mme Lasanoff. (*Ann. de gynéc.*, décembre.)

Varicelle. — Note sur l'énanthème de la varicelle, par J. Comby. (*Progrès médical*, 27 septembre.) —Deux épidémies de varicelle à Paris, par A. Ollivier. (*Revue de Médecine*, septembre.)

Variole. — La variole endémique en Dalmatie et la vaccination publique, par Weiser. (*Wien. med. Presse*, n° 2.) — Purpura variolosa, variole vraie sans exanthème dans une famille, par Neumann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.)

Veine. — Du système veineux chez l'homme, par Braume. (In-8°, *Leipsig.*) — Quelques observations sur la disposition des veines dorsales de la main, par Capon. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, août.)

Vessie. — Des maladies de la vessie et des organes génitaux, par Fürbringer. (In-8°, *Brunswick.*)—Pneumaturie, par Alem. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — De la cystite tuberculeuse, par Terrillon. (*Progrès médical*, 20 septembre.) — D'une forme rare de cystite, par Maglieri. (*Morgagni*, novembre.) — Cystotomie vaginale dans un cas de paralysie de la vessie, par W. Polk. (*New York med. Journ.*, 13 septembre.) — Nature et traitement des calculs vésicaux, par Ebstein. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Calculs urinaires de cystine; traitement par le carbonate d'ammoniaque à haute dose; guérison, par Lionel Beale. (*Lancet*, 30 août.) — Note sur le traitement consécutif de la lithotomie en cas de sacculation de la vessie, par R. Harrison. (*Lancet*, 8 novembre.) — Fracture spontanée de la pierre dans la vessie, par C. Zappala. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 3.)—Tumeurs de la vessie; taille, par Little. (*New York surg. Soc.; Med. News*, 15 novembre.) — Tumeur villeuse de la vessie; opération par cystotomie; mort, par H. Harrison. (*Lancet*, 18 octobre.) — Rupture de la vessie, fracture du bassin, laparotomie, suture de la vessie; mort, par Bull. (*New York surg. Soc.; Med. News*, 15 novembre.) — Sonde à double courant pour injections vésicales, par Buckston Browne. (*Lancet*, 18 oct.)

X

Xanthélasma. — Microbes du xanthélasma, par Hanot.(*C. rendus de la Soc. de biol.*, n 14, t. I.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

Du 15 janvier au 15 avril 1885.

Librairie **G. Masson**, 120, boulevard Saint-Germain.

Traitement du choléra, par Georges Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-18, cartonné, de 168 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Traité pratique des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par M. le Dr E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, chevalier de la Légion d'honneur. 1 vol. in-8° de 392 pages. — Prix : 6 francs.

Leçons sur la période præataxique du tabes d'origine syphilitique, par Alfred Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recueillies par W. Dubreuilh, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 440 pages. — Prix : 7 francs.

Librairie **Asselin** et **Houzeau**, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux (physiologie et hygiène comparées), par M. le Dr Saint-Yves Ménard. 1 vol. in-8°, avec 9 tableaux. — Prix : 4 francs.

Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique chez un même sujet et dans la même famille, par le Dr A. Ricard. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50 c.

Recherches anatomiques sur les veines du rachis, par le Dr Charles Walther. 1 vol. in-8°, avec figures. — Prix : 2 fr. 50 c.

Les travaux du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, publiés par le Dr J.-V. Laborde, chef des travaux physiologiques. — Premier volume. — 1 beau volume grand in-8°, avec 36 dessins et graphiques dans le texte et 14 planches chromo-lithographiées. — Prix : 16 francs.

Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme, par le Dr Ernest Lagarde, de Pau (Basses-Pyrénées), ancien élève des hôpitaux de Paris, de l'École pratique, de l'École centrale des arts et manufactures. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50 c.

La morphinomanie, par B. Ball. — Les frontières de la folie. — Le dualisme cérébral. — Les rêves prolongés. — La folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux.

Librairie **Adrien Delahaye** et **Émile Lecrosnier**,
Place de l'École-de-Médecine.

Éléments d'anthropologie générale, par le Dr Paul Topinard, professeur à l'École d'anthropologie de Paris, etc. 1 fort volume in-8°, avec 229 figures intercalées dans le texte et 5 planches. — Prix : 24 francs.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux. — Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon, bronchites aiguës, pneumonies parasitaires, gangrène, syphilis, cancer et vers hydatiques du poumon, par Germain Sée. 1 vol. in-8°, avec 2 planches en chromo-lithographie. — Prix : 10 francs.

Peut-on diagnostiquer la mort par submersion? par le Dr Rougier. In-8°. — Prix : 3 fr. 50 c.

Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques, par le Dr Lebreton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par le Dr Ollivier. In-8°. — Prix : 50 centimes.

Le traitement jéquiritique et ses prétendus dangers, par le Dr De Weckem. In-8°. — Prix : 1 franc.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le Dr Largeau. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Contribution à l'étude du non restreint, par le Dr Tagle y Alfonso. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le Dr P. Bénard. In-8°. — Prix ; 1 fr. 50 c.

De la péricardite aiguë des vieillards, par le Dr Lejard. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur l'hygiène de Moïse et des anciens israélites, par le Dr Noel Gueneau de Mussy. In-8°. — Prix : 75 centimes.

Les gourmes infantiles, leur séméiologie, leur traitement par les tissus imperméables, par le Dr Descroizilles. In-8°. — Prix : 50 centimes.

La coca et la cocaïne, par Mariani. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Agenda-formulaire des médecins praticiens, par le Dr A. Bossu, contenant : 1° *Nouveau guide du médecin praticien*, par le Dr Audhoui ; 2° *Pathologie infantile*, par le Dr Descroizilles ; 3° *Annuaire médical et pharmaceutique*, par le Dr Audhoui, etc., etc. 1 vol. in-18, 35e année, 1885. — Prix broché : 1 fr. 75 c.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par le Dr Noel Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., t. IV. Un vol. in-8°, avec figures intercalées dans le texte et 2 planches lithographiées. — Prix : 13 francs.

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le Dr P. Lévi. Un vol. in-18, avec 80 gravures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs.

Leçons sur les maladies des voies urinaires faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr Reliquet, lauréat de l'Institut, etc. Deuxième et dernier fascicule : Stagnation d'urine. Un vol. in-8° 3 francs. Prix de l'ouvrage complet. Un vol. in-8° : 5 fr. 50 c.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité de pathologie externe, par A. Poulet, médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de l'Académie de médecine, et H. Bousquet, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie. Trois vol. grand in-8° de 1,000 pages avec 700 figures dans le texte. — Prix : 48 francs, T. I. *Pathologie générale chirurgicale* (Maladies des tissus); t. II, *Pathologie des régions* (Tête, cou et poitrine) ; t. III, *Pathologie des régions* (Abdomen, organes génitaux urinaires, membres). Les tomes I et II sont en vente. Le tome III et dernier se paye d'avance, et paraîtra en une seule fois et sera remis aux souscripteurs le 15 juin 1885 au plus tard.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par J.-B. Hillairet, médecin honoraire de l'hôpital de Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc., etc., et E. Gaucher, chef de clinique médicale à l'hôpital Necker, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. Tome Ier. Anatomie et physiologie de la peau. — Pathologie générale, dermatoses inflammatoires communes. Un beau vol. grand in-8° de 670 pages, avec figures dans le texte et 8 planches chromolithographiques hors texte exécutées d'après nature. — Prix : 17 francs. L'ouvrage sera complet en deux volumes : le tome II, qui contiendra 12 planches hors texte, est actuellement sous presse.

Nouveaux éléments d'histologie, par E. Klein, M. D., F. R. S., professeur adjoint d'anatomie générale et de physiologie à l'École médicale de S. Bartholomew's Hospital Londres. Traduits sur la deuxième édition anglaise et annotés, par G. Variot, préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-malades, et précédés d'une préface de M. le professeur Ch. Robin. Un vol. in-12 cartonné diamant de 530 pages avec 183 figures dans le texte. — Prix : 8 francs.

Manuel pratique de médecine militaire, par le Dr Audet, médecin major à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr. Un joli vol. in-18 cartonné diamant avec planches hors texte. — Prix : 5 francs.

Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par le Dr A. Corre. Un vol. in-18 de 650 pages, avec 80 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. — Prix, broché : 5 francs ; cartonné diamant, 6 francs.

Les accidents de l'organisme et leurs soins d'après une nouvelle méthode. — Les Andes. Observations médicales, par le Dr L.-A. Paoli, médecin principal de l'armée. Un vol. in-8° de 560 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 7 fr. 50 c.

Électricité statique, manuel pratique de ses applications médicales, par le Dr A. Arthuis. Un vol. in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Programme d'hygiène des Européens dans l'Isthme de Panama, par le Dr Girard, chef du service chirurgical de l'hôpital central de Panama, etc. Un vol. in-18 de 180 pages. — Prix : 3 francs.

Des troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par un instrument tranchant de la suture nerveuse ; *sa valeur*, par le Dr Paul Gilis, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Brochure in-8° de 70 pages. — Prix : 12 francs.

Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac, par le Dr A. Deschamps. Grand in-8° de 150 pages. — Prix : 3 francs.

Considérations sur la taille hypogastrique, son manuel opératoire, son pansement, ses suites, par le Dr J. Girou, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Brochure in-8° de 20 pages. — Prix : 1 franc.

Électricité médicale (études électrophysiologiques et cliniques), par le Dr Boudet de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Premier fascicule : Considérations générales sur la fonction du muscle et sur les effets chimiques du courant de pile. Grand in-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — L'ouvrage, une fois complet, formera 600 pages avec 200 figures. Il sera publié en 3 fascicules.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Tome second (fascicules 6 à 10). Un fort volume petit in-4° de 900 pages à deux colonnes avec 257 figures. — Prix : 25 francs. — Le dixième fascicule qui complète ce volume vient de paraître. — Prix : 5 francs. — L'ouvrage sera complet en 4 volumes. Les tomes III et IV paraîtront comme les deux premiers en 10 fascicules. Tous les fascicules se vendent séparément.

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par le Dr Gingeot, médecin des hôpitaux. 1 volume in-8° de 50 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

L'allaitement maternel. Conseils aux mères de famille, par le Dr Talbert, ancien inspecteur de la direction municipale des nourrices de la ville de Paris. In-18 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin, par le Dr G. Rouch, licencié ès sciences naturelles, ancien élève du laboratoire de physiologie de la Sorbonne et d'histologie zoologique de l'Ecole des hautes études, etc.

Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine, par Léon Arduin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. In-8° de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Études thérapeutiques sur l'antipyrine, par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. In-8° de 60 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **J.-B. Baillière** et **fils**, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Précis de médecine opératoire, aide-mémoire de l'élève et du praticien, par E. Le Bec, prosecteur de l'Amphithéâtre des hôpitaux. 1 vol. in-18, 400 pages avec 400 figures. — Prix : 6 francs.

Traité de thermométrie médicale comprenant les abaissements de température. — Algidité centrale et la thermométrie locale, par le Dr P. Redard, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine. 1 vol. in-8 de 736 pages avec figures. — Prix : 15 francs.

Les Bandages, l'Orthopédie et les appareils à pansements, description iconographique, par MM. Léon et Jules Rainal. 1 vol. gr. in-8 de 276 pages, avec 780 figures. — Prix : 7 francs.

La Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse, rapport de missions, par A. Foville. 1 vol. gr. in-8. — Prix : 5 francs.

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le Dr A. Tartenson. 1 vol. in-8 de 110 pages. — Prix : 2 francs.

Le choléra devant l'Académie de médecine. La Contagiosité et les Quarantaines, par le Dr J.-P. Bonnafont, membre de l'Académie de médecine. In-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

De la chaleur animale. Éléments de mécanisme, destination physiologique et rôle pathologique, déductions thérapeutiques et applications pratiques, par le Dr de Robert de Latour. 1 vol. in-8 de 546 pages. — Prix : 8 francs.

Traité d'embryologie et d'organogénie comparées, par F. Balfour, professeur de morphologie animale à l'Université de Cambridge, traduit et annoté par A.-H. Robin, préparateur du cours d'anatomie et de physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris, et F. Mocquard, aide-naturaliste au Muséum. Ouvrage complet, deux volumes in-8, ensemble 1,330 pages avec 740 figures. — Prix : 30 francs.

L'homœopathie dévoilée, par Henry Fleury, auteur du calcul infinitésimal fondé sur des principes rationnels et précédé de la théorie mathématique de l'infini. Paris, 1885, in-8° de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Traitement de la diphtérie, angine couenneuse et croup, par le Dr Marc Jousset, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des Enfants. Paris, 1885. In-8° de 42 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Librairie **Félix Alcan**, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Annuaire de thérapeutique de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1885, *suivi d'une notice sur le choléra asiatique et d'un mémoire sur l'atténuation des virus*, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. 45e année. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50 c.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales (Suite et complément de tous les dictionnaires), par le Dr P. Garnier. 20e année, 1884. 1 vol. in-12. — Prix : 7 francs.

Les maladies de la personnalité, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique.*

Eléments de pathologie chirurgicale, par Nélaton, 2e édition, tome VI,

2e fascicule, terminant l'ouvrage, revue par les Drs Desprès, Gillette et Hortelour, chirurgiens des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — *L'ouvrage complet*, en 6 forts vol. gr. in-8° avec 795 figures dans le texte. — Prix : 82 francs.

Librairie **F. Savy**, boulevard Saint-Germain, 77, Paris.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le Dr Ed. Henoch, professeur à l'Université et chef de la clinique et de la policlinique des maladies des enfants à l'hôpital royal de la Charité, à Berlin, traduit sur la deuxième édition allemande par le Dr L. Hendrix. 1 vol. gr. in-8° de 700 pages. — Prix : 18 francs.

Publications du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'aphasie et de ses diverses formes, par le Dr Bernard. 1 vol. in-8° de 271 pages, avec 32 figures. — Prix : 4 francs.

Librairie **Alex. Cocoz**, rue de l'Ancienne-Comédie, 11, Paris.

Contribution à l'étude des maladies infectieuses, de l'érythème polymorphe, par le Dr P. de Molènes-Mahon, ancien interne des hôpitaux. In-8°, 1884. — Prix : 3 fr. 50 c.

Notes et mémoires de chirurgie clinique, par le Dr Grynfeltt, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. In-8°, 1885, avec planches. — Prix : 7 francs.

Librairie **Camille Coulet**, Montpellier.

De l'asphyxie des tissus ou endasphyxie, par le Dr Arnaud.

Librairie **Manceaux**, à Bruxelles.

Davos et les stations hivernales du Midi (Cannes, Nice, Menton, etc.), par le Dr Logie.

La diphtérie, considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement, par Francotte, assistant de la clinique. Mémoire couronné.

Librairie **Celanza**, Turin.

Le mie idee sulla fognatura di Torino, conferenza dal Dott. GRULIO GASCA.

Fognatura con fosse essiceanti e filtrazione dell acque domestiche, pel Dott. G. GASCA.

Atti della Reale Academica, di Torino.

Librairie **Edward Trewendt**, Breslau.

Spaltpilze, de ZOPF. 3e Aufl.

Pilzthiere, par ZOPF.

Librairie **Gustav Fischer**, Iéna.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und Physiologie, de ZIEGLER et NAUWERCK.

LE GERANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie et librairie PAUL DUPONT, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 1.1.86.

206